



PZU Z Myślą o Życiu i Zdrowiu

UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
I ZDROWIE DLA MAŁYCH PRZEDSIĘBIORCÓW,
BĘDĄCYCH CZŁONKAMI KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU





Strony umowy:

POWSZECHNY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE SA

Al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa
zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy
KRS 0000030211, NIP 527 – 020 – 60 – 56,
wysokość kapitału zakładowego: 295 000 000,00 zł kapitał wpłacony w całości,
reprezentowany przez:

Michała Jaczyńskiego – Dyrektora Biura Sprzedaży Agencji
zwany dalej **PZU ŻYCIE SA**

oraz

PZU POMOC SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
zarejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy,
KRS 326045, NIP 525-244-97-71,
wysokość kapitału zakładowego: 4 885 800 zł, kapitał wpłacony w całości
reprezentowany przez:

Kinę Nowak – Dyrektora Biura Rozwoju Programów Lojalnościowych
zwana/y dalej **UBEZPIECZAJĄCYM**

zwane dalej łącznie **Stronami**

§ 1

1. W wyniku przeprowadzonych negocjacji Strony postanawiają w ramach niniejszej umowy uregulować zasady wprowadzenia i funkcjonowania Programu Ubezpieczeniowego dla małych przedsiębiorców rozumianych jako podmioty prowadzące działalność gospodarczą, które zatrudniają (na podstawie dowolnego stosunku prawnego) do czterech osób, w tym osobę prowadzącą działalność gospodarczą (dalej: Program Ubezpieczeniowy).
2. Strony postanawiają, że w ramach Programu Ubezpieczeniowego zostaną zawarte umowy grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką oraz ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń, o których mowa w § 2 Programu Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem zmian określonych w treści Programu Ubezpieczeniowego.
3. Umowy, o których mowa w ust. 2, zawarte są na okres 2 lat, tj. od dnia 1.02.2020 r. do dnia 31.01.2022 r., z możliwością ich przedłużenia na kolejny okres zgodnie z warunkami umowy.

§ 2

1. W ramach Programu Ubezpieczeniowego funkcjonują poniższe oferty:
 - 1) PZU Ochrona i Zdrowie;
 - 2) PZU Życie pod Ochroną.
2. W ramach każdej oferty, o której mowa w ust. 1, funkcjonują Warianty różniące się zakresem, wysokościami sum ubezpieczenia i świadczeń, oparte na ogólnych warunkach:
 - 1) **grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (OWU DO) wraz z postanowieniami dodatkowymi nr 1 do OWU DO;
 - 2) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna, kod OWU: UZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;

- 3) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: NWGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 4) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: SMGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 5) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod OWU: UDGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku;
- 6) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: TUGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 7) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod OWU: WPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 8) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod OWU: WKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 9) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, kod OWU: ZZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 10) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod OWU: TZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 11) **dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod**

OWU: TNGP36, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;

- 12) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod OWU: CCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 13) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: MCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 14) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod OWU: LSGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 15) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod OWU: LPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 16) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod OWU: LCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 17) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod OWU: OPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 18) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod OWU: NPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 19) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczerliwym wypadkiem, kod OWU: ZKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 20) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, kod OWU: KZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 21) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, kod OWU: PKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku; w przypadku oferty PZU Ochrona i Zdrowie.

W przypadku oferty PZU Życie pod Ochroną zastosowanie mają ogólne warunki:

- 1) **grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, kod OWU: DOGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (OWU DO) wraz z postanowieniami dodatkowymi nr 1 do OWU DO;
- 2) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: NWGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 3) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: SMGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 4) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, kod OWU: UDGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku, ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/108/2019 z dnia 11 czerwca 2019 roku;
- 5) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: TUGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 6) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, kod OWU: WPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 7) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, kod OWU: WKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;

- 8) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, kod OWU: ZZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 9) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, kod OWU: TZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 10) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, kod OWU: TNGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 11) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, kod OWU: CCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 12) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, kod OWU: MCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 13) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, kod OWU: LSGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 14) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, kod OWU: LPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 15) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, kod OWU: LCGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 16) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, kod OWU: OPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 17) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne, kod OWU: NPGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 18) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod OWU: ZKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 19) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, kod OWU: KZGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku;
- 20) **dotatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, kod OWU: PKGP36**, które Zarząd PZU Życie SA ustalił uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku.

§ 3

W miejsce zapisów ogólnych warunków, o których mowa w § 2 a dotyczących wysokości świadczeń z tytułu poszczególnych ubezpieczeń stosuje się zapisy § 4 niniejszego Programu Ubezpieczeniowego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia w okresie naszej ochrony wskazane w ust. 4.
2. Wysokość składki, sumy ubezpieczenia oraz kwota świadczenia w poszczególnych Wariantach zależy od wieku ubezpieczonego określonego na dzień przystąpienia do umowy.
3. Jeżeli ubezpieczony ukończy określony w danym Wariantcie wiek, nasza ochrona w stosunku do niego kończy się ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy przypadającą w roku, w którym ubezpieczony ukończył określony w tym Wariantcie wiek. Jeśli ubezpieczony chce być nadal objęty ochroną w ramach innego Wariantu (zgodnie z przedziałem wiekowym), powinien złożyć deklarację przystąpienia do nowego Wariantu w terminie i przy zachowaniu ciągłości opłaty składki.

4. Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych

WARIANTACH DLA PRZEDZIAŁÓW WIEKOWYCH:

- 18-30
- 31-45
- 46-55

Nazwa OWU	KOD OWU	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT III
Wsparcie W Razie Choroby							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby	CCGP36	12 000	15 000	20 000	12 000	13 500	15 000
		onko – kardio – neuro	onko – kardio – neuro	multiwsparcie	onko – kardio – neuro	onko – kardio – neuro	multiwsparcie
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie konsultacja zagraniczna i assistance	KZGP36			TAK			TAK
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia	LCGP36			20 000		5 000	10 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu – 1 %	TZGP36			800		800	800
Wsparcie W Razie Wypadku							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1 %	TUGP36	400	600	600	400	500	600
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	ZKGP36	5 000	7 500	10 000			
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne	NPGP36			TAK			
Wsparcie W Razie Operacji Chirurgicznej i Leczenia Szpitalnego							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych	OPGP36		3 000	6 000	3 000	4 500	6 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego	LSGP36	10 000	15 000	20 000	10 000	15 000	20 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego Plus – procent świadczenia							
• Wskutek wystąpienia ciężkiej choroby	LPGP36	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Wskutek nieszczęśliwego wypadku		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Wskutek wypadku komunikacyjnego		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Wskutek wypadku przy pracy		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Na oddziale intensywnej terapii		5	5	5	5	5	5
• Za dzień rekonwalescencji		0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
• Poza terytorium Polski		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK

Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji	TNGP36	50 000	100 000	150 000	50 000	100 000	150 000
Wsparcie Dla Bliskich							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	NWGP36	80 000	140 000	160 000	160 000	170 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy	WGP36	80 000	140 000	140 000	160 000	180 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym	WKGP36	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000	100 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu	ZZGP36			70 000	40 000	55 000	70 000
Grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką	DOGP36	30 000	60 000	80 000	50 000	65 000	80 000
Świadczenia Rodzinne							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego	MCGP36				6 000	7 000	8 000
					onko – kardio – neuro	onko – kardio – neuro	multiwsparcie
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego	SMGP36				15 000	17 500	20 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia dziecka	UDGP36					500	1 200
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia	PKGP36	Standard C	Standard C	Standard C	Standard C	Standard C	Standard C
Opieka Medyczna							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie zdrowotne Opieka Medyczna	UZGP36	Start	Start	Start	Start	Start	Start
			Medium	Medium		Medium	Medium

Zakres ubezpieczenia i wysokości świadczeń w poszczególnych WARIANTACH DLA PRZEDZIAŁU WIEKOWEGO 56-65

Nazwa OWU	KOD OWU	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT III
Wsparcie W Razie Choroby							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby	CCGP36	3 600	4 500	6 000	3 600	4 200	4 500
		onko – kardio – neuro	onko – kardio – neuro	multiwsparcie	onko – kardio – neuro	onko – kardio – neuro	multiwsparcie
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie konsultacja zagraniczna i assistance	KZGP36			TAK			TAK

Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek specjalistycznego leczenia	LGP36			10 000		2 500	5 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu – 1 %	TZGP36			800		800	800
Wsparcie W Razie Wypadku							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1 %	TUGP36	400	600	600	400	500	600
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem	ZKGP36	5 000	7 500	10 000			
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne	NPGP36			Tak			
Wsparcie W Razie Operacji Chirurgicznej I Leczenia Szpitalnego							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych	OPGP36		1 500	3 000	1 500	2 200	3 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego	LSGP36	2 500	4 000	5 000	2 500	4 000	5 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego Plus – procent świadczenia							
• Wskutek wystąpienia ciężkiej choroby	LPGP36	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Wskutek nieszczęśliwego wypadku		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Wskutek wypadku komunikacyjnego		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Wskutek wypadku przy pracy		0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
• Na oddziale intensywnej terapii		5	5	5	5	5	5
• Za dzień rekonwalescencji		0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
• Poza terytorium Polski		TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji	TNGP36	12 500	25 000	37 500	12 500	25 000	37 500
Wsparcie Dla Bliskich							
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	NWGP36	80 000	140 000	160 000	160 000	170 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy	WPGP36	80 000	140 000	140 000	160 000	180 000	180 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym	WKGP36	80 000	80 000	80 000	100 000	100 000	100 000

Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu	ZZGP36			70 000	40 000	55 000	70 000
Grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką	DOGP36	20 000	35 000	45 000	30 000	35 000	45 000

Świadczenia Rodzinne

Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego	MCGP36				1 800	2 100	2 400
					onko – kardio – neuro	onko – kardio – neuro	multiwsparcie
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego	SMGP36				7 500	8 750	10 000
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek urodzenia dziecka	UDGP36					500	1 200
Dodatkowe grupowe ubezpieczenie prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia	PKGP36	Standard C	Standard C	Standard C	Standard C	Standard C	Standard C

Opieka Medyczna

Dodatkowe grupowe ubezpieczenie zdrowotne Opieka Medyczna	UZGP36	Start	Start	Start	Start	Start	Start
			Medium	Medium		Medium	Medium

Powyższe kwoty świadczeń nie są skumulowaną wartością świadczenia wypłacaną w przypadku zajścia danego zdarzenia.

Składka PZU Życie pod Ochroną	WARIANT					
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT III
18–30	45 zł	60 zł	90 zł	50 zł	75 zł	120 zł
31–45	50 zł	70 zł	110 zł	60 zł	85 zł	125 zł
46–55	75 zł	115 zł	170 zł	110 zł	150 zł	170 zł
56–65	90 zł	130 zł	180 zł	125 zł	170 zł	190 zł

Składka PZU Ochrona i Zdrowie (zakres START)	WARIANT					
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT III
18–30	105 zł	115 zł	140 zł	105 zł	125 zł	170 zł
31–45	110 zł	125 zł	160 zł	115 zł	135 zł	175 zł
46–55	135 zł	170 zł	220 zł	165 zł	200 zł	220 zł
56–65	150 zł	185 zł	230 zł	185 zł	220 zł	240 zł

Składka PZU Ochrona i Zdrowie (zakres MEDIUM)	WARIANT					
Przedział wiekowy	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT I	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT II	OCHRONA DLA MNIE – WARIANT III	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT I	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT II	OCHRONA MOJA I MOJEJ RODZINY – WARIANT III
18–30		170 zł	190 zł		180 zł	220 zł
31–45		180 zł	210 zł		190 zł	225 zł
46–55		225 zł	270 zł		255 zł	270 zł
56–65		240 zł	280 zł		275 zł	290 zł

§ 5

1. W umowie ubezpieczenia wprowadza się określenie, które oznacza: Klub PZU Pomoc w Życiu – program lojalnościowy organizowany przez PZU Pomoc SA.
2. Ilekroć w umowie ubezpieczenia mowa jest o ubezpieczonym, określenie to oznacza: ubezpieczony – osoba fizyczna, będąca członkiem Klubu PZU Pomoc w Życiu, która przystąpiła do umowy i która:
 - 1) w dacie podpisywania deklaracji przystąpienia wykonuje działalność gospodarczą, a działalność ta nie pozostaje w zawieszeniu (przedsiębiorca);
 - 2) pozostaje w stosunku prawnym z przedsiębiorcą;
 - 3) jest małżonkiem albo partnerem życiowym, pełnoletnim dzieckiem przedsiębiorcy lub pracownika, o których mowa w pkt 1)–2).
3. Do umowy ubezpieczenia w zakresie dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna (UZGP36) może przystąpić wyłącznie współubezpieczony – niepełnoletnie dziecko.

§ 6

W umowie ubezpieczenia nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką przez okres pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia ubezpieczonego do umowy (okres karencji). Ponosimy jednak odpowiedzialność jeżeli w okresie karencji śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

1. Do umowy może przystąpić osoba, która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 66 lat. Pozostałe warunki przystąpienia do umowy są zgodne z ogólnymi warunkami ubezpieczenia lub warunkami umowy.
2. Nasza ochrona wobec tych osób kończy się w rocznicę polisy przypadającą w roku, w którym osoby te kończą 66 lat, z uwzględnieniem przedziałów wiekowych, o których mowa w § 4 Programu Ubezpieczeniowego. Nasza ochrona wobec ubezpieczonych kończy się również z końcem miesiąca, w którym:
 - 1) przedsiębiorca zakończył prowadzenie działalności gospodarczej;
 - 2) ustał stosunek prawny łączący pracownika z przedsiębiorcą.
 Pozostałe okoliczności dotyczące końca naszej ochrony są zgodne z ogólnymi warunkami ubezpieczenia lub warunkami umowy.
3. Jeśli otrzymamy składkę za osobę, która nie mogła przystąpić do ubezpieczenia, w związku z tym, że nie spełniła definicji ubezpieczonego lub wieku przystąpienia określonego w umowie, zwracamy ją tej osobie na wskazany przez nią rachunek jako nienależną.

§ 8

W umowie ubezpieczenia nie stosuje się zapisów OWU DO dotyczących wznowienia ochrony z zachowaniem jej ciągłości, jeśli przed upływem trzeciego miesiąca zaległości cała zaległa składka zostanie zapłacona.

§ 9

PZU Życie SA musi doręczyć warunki umowy, w tym ogólne warunki ubezpieczeń, osobom przystępującym do umowy, zanim osoby te podpiszą deklarację przystąpienia.

§ 10

1. Ubezpieczony opłaca nam składki na wskazany rachunek bankowy w pełnej wymaganej kwocie do 25. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
2. Składkę uważamy za zapłaconą przez ubezpieczonego, gdy wpłynęła na rachunek bankowy, który wskazaliśmy.
3. Brak składki we wskazanym terminie powoduje zakończenie naszej ochrony z ostatnim dniem miesiąca, za który opłacono ostatnią składkę.

§ 11

W umowie ubezpieczenia nie stosujemy zapisów OWU DO, które wskaza-
liśmy w punkcie:

- 1) 15 – 18;
- 2) 20. 3);
- 3) 20. 8);
- 4) 21. 4);
- 5) 21. 9);
- 6) 75. 1);
- 7) 75. 3) – 5);
- 8) 75. 8).

§ 12

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

§ 13

Program Ubezpieczeniowy wchodzi w życie z dniem 31 stycznia 2020 roku.

§ 14

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



PZU Życie SA
Michał Jaczyński



Ubezpieczający
Kinga Nowak

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ**





GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Wersja dokumentu z dnia 20.07.2019 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie PZU Pod Dobrą Opieką, o kodzie warunków DOGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje życie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie śmierci ubezpieczonego wypłacimy uposażonemu świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci. W przypadku, gdy ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostanie rozdzielona proporcjonalnie pomiędzy pozostałych uposażonych. W przypadku, gdy ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy wszyscy uposażeni zmarli przed śmiercią ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje niżej wymienionym członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:

- małżonek w całości,
- dzieci w częściach równych,
- rodzice w częściach równych,
- inni spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych.

Jest to umowa ubezpieczenia podstawowego. Istnieje możliwość rozszerzenia ochrony o dodatkowe ryzyka wypadkowe i chorobowe.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do ubezpieczenia, jeśli w dniu, w którym podpisujesz deklarację przystąpienia:

- łączysz Cię z ubezpieczającym stosunek prawny, jesteś małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego,
- ukończyłeś 16 lat i nie ukończyłeś 69 lat, a w przypadku pełnoletniego dziecka – ukończyłeś 18 lat i nie ukończyłeś 69 lat,
- nie przebywasz na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym lub nie jesteś uznany za osobę niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

Jeśli bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia w ramach oferty PZU Ochrona i Zdrowie, PZU Życie pod Ochroną:

- nie byłeś objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA,
- byłeś objęty innymi ubezpieczeniami grupowymi na życie w PZU Życie SA krócej, niż 12 miesięcy, w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składasz dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia.

Możemy wyrazić zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która ukończyła 69 lat. Jeśli umowa obejmuje kilka wariantów ubezpieczenia, możesz przystąpić tylko do jednego wariantu.

Jak długo trwa umowa?

Umowa zawierana jest pomiędzy nami a ubezpieczającym na czas określony potwierdzony polisą.

Umowa zostaje przedłużona na kolejny okres 1 roku na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone polisą.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonych rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące wymogi:

- przed rozpoczęciem tego miesiąca otrzymaliśmy podpisane przez ubezpieczonych deklaracje przystąpienia wraz z wykazem tych osób,
- pierwsza składka została przekazana nie później niż w przypadającym w tym miesiącu kalendarzowym terminie przekazania składki.

Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie pierwszych 6 miesięcy liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy (okres karencji). Karencja ma zastosowanie, jeżeli:

- początek odpowiedzialności w stosunku do ubezpiezonego przypada później niż w czwartym miesiącu, licząc od dnia:
 - zawarcia umowy,
 - powstania stosunku prawnego łączącego ubezpiezonego podstawowego z ubezpieczającym, o ile stosunek ten powstał po dniu zawarcia umowy,
 - zawarcia związku małżeńskiego lub ukończenia 18 lat po dniu zawarcia umowy,
- śmierć nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpiezonego zakończy się:

- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z chwilą Twojej śmierci,
- z końcem miesiąca, w którym ustał stosunek prawny, jaki łączył Ciebie z ubezpieczającym – jeśli otrzymaliśmy składkę za ten miesiąc,
- z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 70 lat albo – jeśli objeśliśmy Cię ochroną po ukończeniu przez Ciebie 69 lat – z dniem rocznicy polisy przypadającym w roku, w którym kończysz 76 lat,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym zrezygnujesz z naszej ochrony, pod warunkiem przekazania składki za ten miesiąc,
- z dniem rozwiązania umowy,
- z dniem, w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
- z końcem pierwszego miesiąca, za który nie otrzymaliśmy wszystkich składek – jeśli ubezpieczający nie prześle zaległości w terminie określonym w OWU.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- podpisania deklaracji przystąpienia na zwolnieniu lekarskim,
- podania nieprawdziwych informacji w oświadczeniu składanym przed objęciem naszą ochroną,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

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

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

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

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PZU POD DOBRĄ OPIEKĄ

Kod OWU: DOGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

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

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

2. Ubezpieczamy Twoje życie.

SUMA UBEZPIECZENIA

– czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość

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

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

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

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

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

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

POCZĄTEK OKRESU NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Ciebie ubezpieczymy

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

PRZYKŁAD



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

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

KARENCCJA

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

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

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

PRZYKŁAD



Ubezpieczający zawarł z nami umowę 1 stycznia 2018 roku.

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

PRZYKŁAD



Ubezpieczający zawarł z nami umowę 1 stycznia 2018 roku.

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

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

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

KONIEC OKRESU NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się Twoje ubezpieczenie

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

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

ZAWIERANIE UMOWY

– co będzie od tego potrzebne

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

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

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

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



PRZYKŁAD

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

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

CZAS TRWANIA UMOWY

– czyli jak długo trwa umowa

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

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

– czyli jak umowa się przedłuża

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

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

ODSTĄPIENIE OD UMOWY

– czyli do kiedy ubezpieczający może się wycofać z umowy

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY

– czyli jak ubezpieczający może zrezygnować z umowy

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



PRZYKŁAD

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

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

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

TWOJE PRAWA I OBOWIĄZKI

– czyli co ubezpieczony może, a co musi

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co ubezpieczający musi

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

NASZE OBOWIĄZKI

– czyli co musimy

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

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

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

77. Wszelkie zmiany umowy wymagają zachowania formy pisemnej.

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

SKŁADKA

– od czego zależy i kiedy ją opłacać

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

80. Wysokość składki za ubezpieczonego:

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

81. Ubezpieczający opłaca nam składki za wszystkich ubezpieczonych.

82. Częstotliwość oraz termin opłacenia składki określamy w polisie.

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

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REALIZACJA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy i jak wypłacimy pieniądze

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

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

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU

– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

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

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

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

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

POSTANOWIENIA DODATKOWE

– czyli co zmieniamy

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



PRZYKŁAD

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

2. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

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

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

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

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

POSTANOWIENIA DODATKOWE

– czyli co zmieniamy i których zapisów OWU nie stosujemy

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

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

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna, o kodzie warunków UZGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy zdrowie:

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

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego lub współubezpieczonego choroby lub uszkodzenia ciała skutkujących potrzebą skorzystania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w okresie naszej ochrony z usług medycznych, ponosimy koszty usług medycznych, które organizowane są przez świadczeniodawcę, zgodnie z wybranym zakresem usług medycznych: zakres ZDROWIE PROFILAKTYKA, ZDROWIE START, ZDROWIE MEDIUM, ZDROWIE MEDIUM PLUS, ZDROWIE PREMIUM.

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

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Do ubezpieczenia może przystąpić współubezpieczony, jeżeli jest małżonkiem albo partnerem życiowym lub pełnoletnim dzieckiem lub niepełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok.

Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie działa na całym świecie. W przypadku choroby lub uszkodzenia ciała usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona wobec ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. Nasza ochrona wobec współubezpieczonego rozpoczyna się na zasadach określonych dla ubezpieczonego.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Nasza ochrona wobec współubezpieczonego kończy się na zasadach określonych dla ubezpieczonego.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego lub współubezpieczonego, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała były wynikiem:

- wady wrodzonej,
- niepłodności,
- uzależnień.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

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

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

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA

Kod OWU: UZGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

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

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie:

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

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

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

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

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

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

¹ opłata zgodna z taryfą operatora

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

– czyli kogo i w jaki sposób ubezpieczamy

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

PRAWA I OBOWIĄZKI TWOJE LUB WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

– czyli co ubezpieczony lub współubezpieczony może, a co musi

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co musi ubezpieczający

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

NASZE OBOWIĄZKI

– czyli co musimy

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

ZMIANY W UMOWIE

– jak można je wprowadzić

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

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY

– czyli od kiedy Cię ubezpieczmy

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

KONIEC NASZEJ OCHRONY

– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

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

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli kiedy nie można skorzystać z usług medycznych

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

SKŁADKA

– od czego zależy wysokość składki

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

BEZGOTÓWKOWA REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH

– jak z nich skorzystać

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

ŚWIADCZENIE REALIZOWANE W FORMIE PIENIĘŻNEJ

– jak z niego skorzystać

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

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

ODMOWA REALIZACJI ŚWIADCZENIA

– jak o niej poinformujemy

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE PROFILAKTYKA

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



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



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



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



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

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

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

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

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

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

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

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

BADANIA DIAGNOSTYCZNE DLA KOBIET

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

Diagnostyka laboratoryjna

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

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

Badania czynnościowe

- EKG – badanie spoczynkowe z opisem.

Diagnostyka ultrasonograficzna

- USG – jama brzuszna.

Diagnostyka radiologiczna

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

BADANIA DIAGNOSTYCZNE DLA MĘŻCZYZN

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

Diagnostyka laboratoryjna

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

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

Badania czynnościowe

- EKG – badanie spoczynkowe z opisem.

Diagnostyka ultrasonograficzna

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

Diagnostyka radiologiczna

- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna.

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE START

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



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



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



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



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
Rezonans magnetyczny (MRI)	
• rezonans magnetyczny – głowa, • rezonans magnetyczny – jama brzuszna, • rezonans magnetyczny – klatka piersiowa, • rezonans magnetyczny – kręgosłup lędźwiowy, • rezonans magnetyczny – kręgosłup piersiowy, • rezonans magnetyczny – kręgosłup szyjny, • rezonans magnetyczny – miednica, • rezonans magnetyczny – nadgarstek, • rezonans magnetyczny – oczodoły, • rezonans magnetyczny – podudzie, • rezonans magnetyczny – przedramię, • rezonans magnetyczny – przysadka mózgowa, • rezonans magnetyczny – ramię, • rezonans magnetyczny – ręka, • rezonans magnetyczny – staw kolanowy, • rezonans magnetyczny – staw łokciowy, • rezonans magnetyczny – staw ramienno-łopatkowy (bark), • rezonans magnetyczny – staw skokowy, • rezonans magnetyczny – stawy krzyżowo-biodrowe, • rezonans magnetyczny – stawy inne, • rezonans magnetyczny – stopa, • rezonans magnetyczny – tkanki miękkie szyi, • rezonans magnetyczny – udo, • rezonans magnetyczny – zatoki oboczne nosa.	15% zniżki

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

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

• USG – ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne), • USG – ginekologiczne – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – ginekologiczne – badanie scryningowe, • USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – miednica mała, • USG – piersi, • USG – tarczycza,	bezpłatnie, bez limitu
• echokardiografia (ECHO) dorośli, • echokardiografia (ECHO) dzieci, • USG – naczynia jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – gruczoł krokowy – badanie przez odbytnicę (transrektalne).	15% zniżki

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ

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

• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG.	15% zniżki
---	------------

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

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

RECEPTA – BEZ WIZYT U LEKARZA

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

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

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE MEDIUM

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



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



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



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



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

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

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

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

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

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

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

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



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

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
Zabiegi ortopedyczne • zaopatrzenie skręcenia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu), • zaopatrzenie zwichnięcia (bez kosztu stabilizatora, bez kosztu gipsu).		bezpłatnie, bez limitu
Zabiegi otolaryngologiczne • płukanie ucha, • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa, • przedmuchiwanie trąbki słuchowej, • usunięcie ciała obcego z gardła, • usunięcie ciała obcego z nosa, • usunięcie ciała obcego z ucha, • założenie opatrunku usznego z lekiem.		
Zabiegi urologiczne • założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika).		
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
Badania laboratoryjne są wykonywane zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę – na podstawie skierowania lekarskiego.		
Badania morfologii krwi i układu krzepnięcia • czas kaolinowo-kefalinowy / czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), • czas protrombinowy (PT) /współczynnik czasu protrombinowego (INR), • fibrynogen, • hematokryt, • hemoglobina, • leukocyty, • morfologia krwi + płytki + rozmaz automatyczny, • morfologia krwi + płytki + rozmaz ręczny, • morfologia krwi bez rozmazu, • odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), • płytki krwi, • retikulocyty.		bezpłatnie, bez limitu
Badania biochemiczne krwi • albuminy, • amylaza trzustkowa, • białko całkowite, • bilirubina bezpośrednia, • bilirubina całkowita, • chlorki (CL), • cholesterol całkowity, • cholesterol HDL, • cholesterol LDL, • CRP – białko c-reaktywne, • dehydrogenaza mleczanowa (LDH), • fosfataza kwaśna, • fosfataza kwaśna sterczowa, • fosfataza zasadowa (alkaliczna/AP), • gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), • glukoza, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 1 pkt, • glukoza – test obciążenia / krzywa za 3 pkt, • hemoglobina glikowana (HBA1C), • kinaza kreatynowa (CK), • kreatynina, • kwas moczowy, • lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG), • mocznik (azot mocznikowy), • potas (K), • proteinogram,		

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

USŁUGA MEDYCZNA		LIMIT
- T4 wolne (FT4), - testosteron.		15% zniżki
Badania moczu		
- amylaza w moczu, - badanie ogólne moczu (profil), - białko w moczu, - glukoza w moczu, - kreatynina w moczu, - wapń (Ca) w moczu.		bezpłatnie, bez limitu
Badania kału		
- kał – badanie ogólne, - kał – krew utajona, - kał – pasożyty, - kał – resztki pokarmowe.		
Badania inne		
cytologia wymazu z szyjki macicy		15% zniżki
- testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny), - testy alergiczne skórne – panel pokarmowy, - testy alergiczne skórne – panel wziewny, - testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt), - testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen).		
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA		

DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA

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

- RTG – czaszka – projekcja dowolna,
- RTG – czaszka okolica czołowa – projekcja dowolna,
- RTG – gruczoł ślinowy – projekcja dowolna,
- RTG – jama brzuszna – zdjęcie przeglądowe,
- RTG – języczek – projekcja dowolna,
- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna,
- RTG – klatka piersiowa – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kończyna dolna – projekcja dowolna,
- RTG – kończyna górna – projekcja dowolna,
- RTG – kostka (staw skokowy) – projekcja dowolna,
- RTG – kość guziczna (ogonowa),
- RTG – kręgosłup cały – badanie czynnościowe,
- RTG – kręgosłup cały – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup cały – projekcja boczna i przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup cały – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup cały – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – badanie czynnościowe,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kręgosłup piersiowy – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup piersiowy – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – kręgosłup szyjny – badanie czynnościowe,
- RTG – kręgosłup szyjny – inna projekcja,
- RTG – kręgosłup szyjny – projekcja boczna,
- RTG – kręgosłup szyjny – projekcja przednio-tylna,
- RTG – kręgosłup szyjny – projekcja przednio-tylna i boczna,
- RTG – krtań – projekcja dowolna,
- RTG – tokieć – projekcja dowolna,

bezpłatnie,
bez limitu

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

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY

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

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

Tomografia komputerowa (CT)

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

15% zniżki

Rezonans magnetyczny (MRI)

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

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• rezonans magnetyczny – udo, • rezonans magnetyczny (urografia MRI) – układ moczowy, • rezonans magnetyczny – zatoki oboczne nosa.	15% zniżki

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

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

Ubezpieczenie nie obejmuje badań USG 3D i 4D.

• USG – drobne stawy i więzadła, • USG – ginekologiczne – badanie przez pochwę (transwaginalne), • USG – ginekologiczne – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – ginekologiczne – badanie scriningowe, • USG – gruczoł krokowy – badanie przez odbytnicę (transrektalne), • USG – gruczoł krokowy – badanie przez powłoki brzuszne, • USG – jama brzuszna, • USG – krtań, • USG – miednica mała, • USG – nadgarstek, • USG – palec ręki, • USG – palec stopy, • USG – piersi, • USG – staw biodrowy (dorośli), • USG – staw kolanowy, • USG – staw łokciowy, • USG – staw ramienno-łopatkowy (bark), • USG – staw skokowy, • USG – stawy biodrowe (u dzieci), • USG – ścięgna, • USG – tarczycza, • USG – tkanki miękkie, • USG – układ moczowy, • USG – węzły chłonne,	bezpłatnie, bez limitu
• echokardiografia (ECHO) dorośli, • echokardiografia (ECHO) dzieci, • USG – naczynia jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera, • USG – naczynia szyi – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły i tętnice obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera, • USG – żyły obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera.	15% zniżki

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ

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

• biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG.	15% zniżki
---	------------

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY

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

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

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA

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

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego.

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

15% zniżki

BADANIA CZYNNOŚCIOWE

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

15% zniżki

SZCZEPIENIA OCHRONNE

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

- Anatoksyna przeciwżółtaczowa (szczepionka przeciw żółtce – Tetana),

bezpłatnie,
bez limitu

- Szczepienie przeciwko grypie.

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

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
OPIEKA STOMATOLOGICZNA – STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA	
• Przegląd stomatologiczny,	bezpłatnie, raz w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy
• ekstrakcja zęba mlecznego, • instruktaż higieny jamy ustnej, • lakierowanie zębów fluorem, • lakowanie zębów, • leczenie kanałowe – wypełnienie 1 kanału, • leczenie kanałowe – wypełnienie 2 kanałów, • leczenie kanałowe – wypełnienie 3 kanałów, • leczenie kanałowe zęba – czasowe wypełnienie kanału, • leczenie kanałowe zęba – dewitalizacja, • leczenie kanałowe zęba – ekstirpcja miazgi, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału maszynowe, • leczenie kanałowe zęba – opracowanie i udrożnienie kanału tradycyjne, • leczenie kanałowe zęba – powtórne tzw. reendo, • leczenie kanałowe zęba – usunięcie złamanego narzędzia z kanału, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 1 kanału – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 2 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie 3 kanałów – pod mikroskopem, • leczenie kanałowe zęba – wypełnienie ostateczne korony zęba, • leczenie zęba mlecznego (wypełnienie), • leczenie zęba stałego – duże wypełnienie zęba (trzy powierzchnie), • leczenie zęba stałego – małe wypełnienie zęba (jedna powierzchnia), • leczenie zęba stałego – średnie wypełnienie zęba (dwie powierzchnie), • leczenie zgorzeli, • leczenie zmian śluzowej jamy ustnej, • odbudowa zęba metoda bezpośrednia, • opatrunek leczniczy – stomatologiczny, • piaskowanie zębów (1 łuk), • piaskowanie zębów (2 łuki), • RTG – zębów – wewnątrzustne (nie obejmuje pantomogramu), • scalling zębów nazębnych (1 łuk), • scalling zębów nazębnych (2 łuki), • trepanacja zęba, • znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe), • znieczulenie the wand.	20% zniżki
WIZYTY DOMOWE	
Porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane całonocowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych. Usługa realizowana jest na terytorium określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu.	bezpłatnie, dwa razy w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy

RECEPTA – BEZ WIZYT U LEKARZA

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

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

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE MEDIUM PLUS

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



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



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



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



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

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

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

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

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

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

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

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



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

ZABIEGI AMBULATORYJNE

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

Zabiegi pielęgniarские

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

Zabiegi pielęgniarские

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

Zabiegi alergologiczne

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

Zabiegi chirurgiczne

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

Zabiegi ginekologiczne

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

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

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY

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

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

Tomografia komputerowa (CT)

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

bezpłatnie,
bez limitu

Rezonans magnetyczny (MRI)

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

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

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

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

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

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

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

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

DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE OPIEKA MEDYCZNA

Zakres usług medycznych ZDROWIE PREMIUM

JAK UMÓWIĆ SIĘ NA USŁUGĘ MEDYCZNĄ?

Na usługi medyczne umawiamy za pośrednictwem:



formularza umówienia wizyty na pzu.pl,



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



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



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



czatu na pzu.pl.

KONSULTACJE LEKARSKIE

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

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

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

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

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

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

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

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

ZABIEGI AMBULATORYJNE

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

Zabiegi pielęgniarские

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

Zabiegi ogólnolekarskie

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

Zabiegi alergologiczne

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

Zabiegi chirurgiczne

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

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

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

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA I REZONANS MAGNETYCZNY

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

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

Tomografia komputerowa (CT)

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

bezpłatnie,
bez limitu

Rezonans magnetyczny (MRI)

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

USŁUGA MEDYCZNA

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

LIMIT

bezpłatnie,
bez limitu

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA Z BIOPSJĄ

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

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

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA CIĄŻY

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

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

DIAGNOSTYKA ENDOSKOPOWA

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

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztu znieczulenia ogólnego.

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

BADANIA CZYNNOŚCIOWE

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

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

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

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

RECEPTA – BEZ WIZYT U LEKARZA

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

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

bezpłatnie,
bez limitu

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

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

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków NWGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje życie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,

- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czyli czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie nieszczęśliwego wypadku,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków NWGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Kod OWU: NWGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i nieszczęśliwy wypadek, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;

- 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
- 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
- 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba, że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków SMGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,

- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku śmierci małżonka, która nastąpiła w wyniku:

- działań wojennych,
- czynnego udziału w aktach terroru,
- czynnego udziału w masowych rozruchach społecznych.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków SMGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod OWU: SMGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest śmierć Twojego małżonka albo partnera życiowego w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci małżonka albo partnera życiowego, jeśli nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych.

KARENCAJA

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

7. Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego

8. Nie otrzymasz wypłaty świadczenia, jeśli umyślnie przyczynisz się do śmierci Twojego małżonka albo partnera życiowego.
9. Po śmierci małżonka albo partnera życiowego dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeżeli nie możesz jej uzyskać – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci, jeśli spowodował ją nieszczęśliwy wypadek w okresie karencji;
 - 4) akt małżeństwa – w razie śmierci małżonka.
- 10.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 11.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 9 i 10 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Wersja dokumentu z dnia 20.07.2019 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka, o kodzie warunków UDGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy urodzenie się dziecka ubezpieczonemu.

Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, jeśli wystąpią one w okresie naszej ochrony:

- urodzenie się dziecka,
- urodzenie się martwego dziecka, jeśli urodzenie zostało zarejestrowane.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Jeśli urodzi się dziecko, wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

Jeśli urodzi się martwe dziecko wypłacimy świadczenie równe 200% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona nie działa w takich samych sytuacjach i na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym, ale:

- w razie urodzenia dziecka – nasza ochrona nie działa przez 9 miesięcy od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia,
- w razie urodzenia martwego dziecka – nasza ochrona nie działa przez 6 miesięcy od przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- gdy osobą zgłaszającą roszczenie jest osoba inna niż uprawniona do otrzymania roszczenia w świetle umowy.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

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

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

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

Kod OWU: UDGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy urodzenie się dziecka ubezpieconemu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

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

KARENCAJA

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

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

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po urodzeniu się dziecka

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU
SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków TUGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie trwałego uszczerbku na zdrowiu, który powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

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

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,

- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czyli czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

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

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

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

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

Kod OWU: TUGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

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

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

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

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

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po wystąpieniu trwałego uszczerbku

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

PRZYKŁAD



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

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

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

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU



A. USZKODZENIA GŁOWY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru, ruchomości, tkliwości blizn itp.	1–10
Pozbawienie owłosienia (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
UWAGA: W przypadku uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a. W przypadku skutecznej replantacji skalpu oceniać wg punktu 1 a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłobienia, szczeliny, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń:	
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	1–10
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	10–30
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu oceniony za pierwotny ubytek – należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań:	1–25

Procent
uszczerbku
na zdrowiu

5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:

a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a	10–40
e) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawy	70–90
lewy	60–80
f) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawy	70–90
lewy	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawa	40–50
lewa	30–40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a:	
prawa	30–40
lewa	25–30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawa	10–30
lewa	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° wg skali Lovette'a:	50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 1–2° wg skali Lovette'a:	30–50

	Procent uszczerbku na zdrowiu
I) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a	10–30

UWAGA:

W przypadku współistnienia zaburzeń mowy o typie afazji oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.

W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE'A

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

6. Izolowane zespoły pozapiramidowe:

a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40–80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–30

7. Zaburzenia równowagi i inne poza niedowładem zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria, inne objawy zespołu mózdkowego) pochodzenia mózgowego:

a) uniemożliwiające chodzenie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50–80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową	1–10

8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	50–60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	30–50
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10–30
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

UWAGA:

Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego.

W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:

a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–30

UWAGA:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem psychiatrycznym, psychologicznym i neurologicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub NMR.

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzeniu ciała:

a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub z ciężkim uszkodzeniem innych części ciała w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, bezsenność itp.)	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	5–20

11. Zaburzenia mowy:

a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	20–40
d) afazja nieznacznego stopnia	10–20

12. Zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):

a) znacznie upośledzające czynność ustroju	40–60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30

	Procent uszczerbku na zdrowiu		Procent uszczerbku na zdrowiu
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, uszkodzenia chrząstki, ubytki części miękkich):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35	a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – blizny i/lub niewielkie zniekształcenie nosa	1–5
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20	b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – znacznego stopnia deformacja nosa lub utrata części nosa	5–15
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–15	c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	15–20
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–15	d) utrata lub zaburzenia powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki:	1–5
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa)	20–30
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10	UWAGA:	
b) ruchowe	1–10	O ile znacznej deformacji nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg punktu 20.	
c) czuciowo-ruchowe	5–20	O ile uszkodzenie nosa, warg, powiek wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg tego punktu (tj. wg punktu 19).	
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:		21. Uszkodzenia w obrębie zębów:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20	a) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń mięzgi – siekacze lub kły	1
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	5–15	b) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń mięzgi – pozostałe zęby	0,5
c) izolowane uszkodzenie centralne	5–10	c) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem mięzgi – siekacze lub kły	1,5
UWAGA:		d) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem mięzgi – pozostałe zęby	1
Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48.		e) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – siekacze lub kły	2
Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.		f) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – pozostałe zęby	1,5
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodnictwa pokarmowego:		g) całkowita utrata zęba – siekacze lub kły	3
a) niewielkiego stopnia	5–10	h) całkowita utrata zęba – pozostałe zęby	2
b) średniego stopnia	10–25	i) pourazowe rozchwanie zęba	0,5
c) dużego stopnia	25–50	22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania jamy ustnej, zaburzeń czucia:	
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		a) nieznacznego stopnia	1–5
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		b) średniego stopnia	5–10
UWAGA:		c) znacznego stopnia	10–25
Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.			
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):			
a) oszpeccenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–10		
b) oszpeccenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5–30		
c) oszpeccenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30–60		

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA W przypadku urazu oczodołu z двоjeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg punktu 26 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 26 a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 22 lub 23.	
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpeceń i powikłań:	
a) częściowa	15–35
b) całkowita	40–50
24. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10–25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25–40
25. Urazy języka, przedsionka jamy ustnej, warg, ubytki – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
a) uszkodzenie języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej, warg w zależności od wielkości uszkodzeń – zmiany i ubytki niewielkiego stopnia	1–5
b) ubytki języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej i warg – zmiany i ubytki średniego stopnia upośledzające odżywianie	5–15
c) duże zmiany i ubytki języka – upośledzające mowę i odżywianie w zależności od stopnia	15–40
d) całkowita utrata języka	50
B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
26. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwały uszczerbek ocenia się wg tabeli 26 a	
b) двоjenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1–10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38
UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcie szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 26 c obejmuje również oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.	

Tabela 26 a

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

27. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

UWAGA:

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

28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26 a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, błony rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5

29. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drażących oraz nieusunięte ciało obce oczodołu:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26 a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, błony rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5
c) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	wg tabeli 26 a + 10 %
d) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe bez obniżenia ostrości wzroku	10
e) nieusunięte ciało obce oczodołu	1–5

30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli 26 a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5

			Procent uszczerbku na zdrowiu
31. Koncentryczne zwiężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwiężenia pola widzenia.			
Tabela 31			
Zwiężenie do	Przy nienaru- szonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotie drugiego oka
60°	0	0	20—35%
50°	1—5%	10—15%	35—45%
40°	5—10%	15—25%	45—55%
30°	10—15%	25—50%	55—70%
20°	15—20%	50—80%	70—85%
10°	20—25%	80—90%	85—95%
poniżej 10°	25—35%	90— 95%	95—100%
			Procent uszczerbku na zdrowiu
32. Połowicze i inne niedowidzenia:			
a) dwuskroniowe			60
b) dwunosowe			30
c) jednoimienne			30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)			1–5
33. Bezsoczewkowość bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:			
a) w jednym oku			25
b) w obu oczach			40
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 26 a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.			
34. Pseudosoczewkowość przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:			
a) w jednym oku			wg tabeli 26 a w gra- nicach 15–35
b) w obu oczach			wg tabeli 26 a w gra- nicach 30–100
35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) – w zależności od stopnia i natężenia:			
a) w jednym oku			5–10
b) w obu oczach			10–15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli 26a i 31 nie mniej niż:			15
37. Jaskra:			
a) bez zaburzeń pola widzenia i ostrości wzroku			2

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

Tabela 41 a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)

Ucho prawe \ Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA:

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów : 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia	1–5

UWAGA:

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

42. Urazy małżowiny usznej:

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

43. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przetyknięciem słuchu:

oceniać wg tabeli 41 a

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

a) jednostronne	5
b) obustronne	10

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

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

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

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

47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a) z uszkodzeniem części słuchowej	Oceniać wg tabeli 41 a
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1–20
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	20–50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30–60

48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10–25
b) dwustronne	25–60

D. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------

49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:

5–10

50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5–10
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	10–30

51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35–50
b) z bezgłosem	60

52. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a) bez niewydolności oddechowej	1–10
b) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	10–20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	20–40
d) duże zwężenie potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	40–60

53. Uszkodzenie przełyku:

a) ze zwężeniem bez zaburzeń w odżywianiu	1–5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–30
c) odżywianie tylko płynami	50
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

54. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:

a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5
b) zmiany średniego stopnia	5–15
c) rozległe blizny, w znacznym stopniu ograniczona ruchomość szyi z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30

UWAGA:

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniać wg punktu 89.

E. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) zniekształcenia, ubytki i blizny nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40

UWAGA:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

56. Utrata brodawki:

a) częściowa w zależności od rozległości blizn	1–10
b) całkowita utrata brodawki – w zależności od płci i wieku	10–15

UWAGA:

Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie brodawki oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:

a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku	5–15
b) całkowita utrata sutka – w zależności od płci i wieku	20–25
c) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego w zależności od płci i wieku	30–35

UWAGA:

Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamanie żeber:

a) żebra – bez zniekształceń	1
b) żeber – bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–5
c) żebra lub żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–10
d) złamanie żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
e) złamanie żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25

f) złamanie żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40
--	-------

UWAGA:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

59. Złamanie mostka:

a) bez zniekształceń	1–3
b) z obecnością zniekształceń	3–10

60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):

a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1–5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5–10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10–25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25–40

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:

UWAGA:
Przy ocenie wg punktów 55, 58, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym.
W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwałe uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC – 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

	Procent uszczerbku na zdrowiu		Procent uszczerbku na zdrowiu
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:			
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5–10	64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodzenia pokarmowego, oddychania i krążenia:	
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10–20	a) bez zaburzeń funkcji – np. po leczeniu operacyjnym	1–5
c) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	20–40	b) zaburzenia niewielkiego stopnia	5–10
d) III klasa NYHA, EF 35%–45 %, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	40–60	c) zaburzenia średniego stopnia	10–20
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60–90	d) zaburzenia dużego stopnia	20–40
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.			
Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:			
Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.	F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy łędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	a) blizny, niewielkie ubytki tkanek	1–5
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakiegokolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	b) rozległe przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny	5–15
		c) przetoki	15–30
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Nie podlegają orzekaniu przy ustalaniu następstw nieszczęśliwego wypadku przepukliny, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.			
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:			
		a) bez zaburzeń funkcji przewodzenia pokarmowego	1–5
		b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5–15
		c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5–40
		d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:			
		a) jelita cienkiego	30–80
		b) jelita grubego	20–70
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:			
			1–10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:			
		a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5
		b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60

	Procent uszczerbku na zdrowiu
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościennne uszkodzenie – bez zaburzeń funkcji	1–5
b) wypadanie błony śluzowej	5–10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania	10–30

71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
d) utrata u osób poniżej 18 roku	20

72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, utrata pęcherzyka żółciowego	1–5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	5–15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15–40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	20–60

UWAGA:
Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b–d.
Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b–d.
Zwężenia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b–d.

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

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

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

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	1–5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10–25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej:	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	40–75
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
a) niepowodujące zaburzeń funkcji	1–5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	5–20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji	1–5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5–15
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	15–30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10–25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	25–50
79. Zwężenia cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń	5–15
b) z nawracającymi zakażeniami	15–30
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	30–75
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.	
80. Utrata prącia:	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	5–30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	5–20

	Procent uszczerbku na zdrowiu
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:	40

84. Pourazowy wodniak jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian	2–10

85. Utrata lub uszkodzenie macicy:	
a) uszkodzenie lub częściowa utrata	5–20
b) utrata w wieku do 50 lat	40
c) utrata w wieku powyżej 50 lat	20

86. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
a) blizny, ubytki, deformacje	1–10
b) wypadanie pochwy	5–10
c) wypadanie pochwy i macicy	30

H. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	10–20
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	15–25

88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	5–15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	

UWAGA:
Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 26 a, 31, 41.
Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skrócenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego – z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcie (potwierdzone czynnościowymi badaniami RTG), stan po usunięciu jądra miazdzystego, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwłknięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–40
d) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50

UWAGA:

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego – oceniać według punktu 89 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th11):	
a) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdzystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–10
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwłknięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	10–20
c) całkowite zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	20–30

UWAGA:

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12–L5):	
a) skrócenie, stłuczenie, z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu		Procent uszczerbku na zdrowiu
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące znieskształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15	c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette’a, lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyn dolnej 0–2° w skali Lovette’a	30–60
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące znieskształcenie dużego stopnia, zwłknięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–30	d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette’a z zaburzeniami ze strony zwieraczy i zaburzeniami ze strony narządów płciowych, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette’a lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyn dolnej 3–4° w skali Lovette’a, izolowane zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zespół stożka końcowego	5–40
d) zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	30–40	e) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette’a bez zaburzeń ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zaburzeń troficznych	5–30
UWAGA: Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, oceniać według punktu 91 tabeli. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego oceniać według punktu 91 b lub c w zależności od stopnia znieskształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według punktu 95. Kręgoszyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.		UWAGA: Ocena porażeń zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.	
92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościстых kręgu, kości guzicznej:			
a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościстого kręgu, złamanie kości guzicznej	1–2	a) sztywne bólowe	2–5
b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościстых kręgów (w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa)	2–10	b) sztywne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
UWAGA: W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego w związku ze stłuczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.		c) sztywne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciała obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. – ocenia się wg poz. 89–92, zwiększając stopień uszczerbku o:		d) piersiowe	2–10
5–10		e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	2–5
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:		f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1° w skali Lovette’a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette’a	100	g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette’a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette’a	60–80	h) guziczne	2–5
		UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.	
J. USZKODZENIA MIEDNICY			
			Procent uszczerbku na zdrowiu
96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwłknięcie 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		

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

UWAGA:

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

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

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

UWAGA:

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

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

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

UWAGA:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 143.

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

a) jednolokalne złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	1–5
b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	2–7
c) jednolokalne złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej – ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	3–10
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5–20

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
100. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym 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 pozycji 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

101. Stan po złamaniu obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i/lub ograniczenia ruchów:

a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1–3	1–2
b) średniego stopnia zniekształcenie i ograniczenie ruchu miednicznego stopnia	3–10	2–5
c) duże zniekształcenie i ograniczenie ruchu	10–25	5–20

102. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:

10–25	5–20
-------	------

UWAGA:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 102.

103. Podwichnięcie, zwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:

a) nieznaczne zmiany	1–5	1–3
b) zmiany średniego stopnia	5–15	3–12
c) znaczne zmiany	15–25	12–20

UWAGA:

W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według pozycji 182, natomiast stopień zniekształcenia obojczyka według pozycji 101–103. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 182.

Obręcz kończyny górnej	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) – ocenia się wg poz. 101–103 – zwiększając stopień trwałego uszkodzku o:	1–5	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od blizn, ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń:		
a) miernego stopnia	1–10	1–5
b) średniego stopnia	10–20	5–15
c) dużego stopnia	20–30	15–25
106. Zestawienie nieodprowadzone zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20–35	15–30
107. Nawykowe zwichnięcie:		
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5–25	5–20
b) nielezione operacyjnie	25	20
UWAGA: Nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.		
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25–40	20–35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażań ocenia się wg norm neurologicznych.		
109. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 105 lub 109.		

Obręcz kończyny górnej	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 105–110, zwiększając stopień uszkodzku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji:	1–35	1–25
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75
Ramię	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
114. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym oraz zaburzeń neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	3–15	2–10
b) zmiany średniego stopnia	15–30	10–25
c) zmiany dużego stopnia, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	30–55	25–50
115. Uszkodzenia skóry, ubytki mięśni, uszkodzenia ścięgien, naczyń, nerwów ramienia – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) zmiany niewielkie	1–5	1–5
b) zmiany średnie	5–10	5–10
c) zmiany duże	10–50	10–45
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 114.		
116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów:	1–8	1–6
Łokieć	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
118. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz deficytów neurologicznych:		

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–15	4–10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	15–50	10–45

119. Zesztywnienie stawu łokciowego:

a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (70–105°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (0°–20°)	50	45
d) w innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40

120. Uszkodzenia łokcia — zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry oraz zaburzenia neurologiczne — w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń, deficytów neurologicznych:

a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–15	4–10
c) zmiany dużego stopnia, przetoki	15–45	10–40

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 118.

121. Cepowy staw łokciowy — w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	15–30	10–25
--	-------	-------

122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	65	60
--	----	----

UWAGA:

Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80°.

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe

123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów obrotowych przedramienia, ruchomości palców i zniekształcenia — w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:

a) bez lub z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamania podokostnowe u dzieci, złamania bez przemieszczenia, izolowane złamania wyrostka rylcowatego)	1–3	1–2
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3–10	2–8

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
c) średnie lub duże zniekształcenia ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	10–20	8–15
d) bardzo duże zniekształcenia z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	20–30	15–25

124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia — w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:

a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–20	4–15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20–35	15–30

125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń — w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):

a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) znaczne zmiany	10–20	8–15

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej — w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:

a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	20–35	15–30

UWAGA:

W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.

127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia — w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:

a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	25–40	20–35

UWAGA:

W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 127.

128. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi — ocenia się wg poz. 123–127, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:

1–15	1–15
------	------

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprostowania:	55–65	50–60
130. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:	55	50
Nadgarstek	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
131. Skręcenie, zwichnięcie w obrębie nadgarstka, złamanie kości nadgarstka (np. kości łódeczkowatej), uszkodzenia skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkiego stopnia	1–10	1–8
b) średniego stopnia	10–20	8–15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20–30	15–25
132. Całkowite zeszytnienie w obrębie nadgarstka (stawu promieniowo-nadgarstkowego):		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–30	10–25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25–45	20–40
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań:	1–10	1–10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50
Śródręcze	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
135. Złamania kości śródręcza, uszkodzenia ścięgien i pozostałych części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów), w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i palców oraz innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) rozległe zmiany	10–20	8–18

Kciuk	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
136. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–15	4–13
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego mniej niż 2/3 długości paliczka	15–20	13–18
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	20–28	18–25
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	28–35	25–33
137. Inne uszkodzenia kciuka: złamanie, zwichnięcie, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–15	4–13
c) znaczne zmiany	15–20	13–18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	20–23	18–20
e) całkowita bezużyteczność kciuka	25	23
f) rozległe zmiany, graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza (dotyczy utraty funkcji)	25–35	23–33
UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
138. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–10	4–8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10–15	8–13
d) utrata dwóch paliczków	15–20	13–18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20–25	18–23
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródręcza	25–30	23–27

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy

139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurców stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:

a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–10	4–8
c) zmiany dużego stopnia	10–15	8–13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	15–20	13–18
e) całkowita bezużyteczność wskaziciela	23	20

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa

140. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–2,5	1–2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	2,5–5	2–4,5
c) utrata w obrębie paliczka środkowego lub utrata dwóch paliczków	5–8	4,5–7
d) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	8–10	7–8,5

141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie lub z kością śródręcza:

	10–15	8–13
--	-------	------

UWAGA:

Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela ocenia się podwójnie palec trzeci. Palec trzeci może zastąpić wskaziciela, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji ręki.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurców stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:

a) niewielkie zmiany	1–2,5	1–2
b) zmiany średniego stopnia	2,5–5	2–4,5
c) zmiany dużego stopnia	5–8	4,5–7
d) całkowita bezużyteczność	9	8

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa

UWAGA:

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej – 55%, dla lewej – 50%).

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu
---------------	-------------------------------

143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skręcenia, zniekształceń, zmian wtórnych:

a) ze zmianami miernego stopnia	5–10
b) ze zmianami średniego stopnia	10–20
c) dużego stopnia	20–40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenia leczenia operacyjnego – np. biodro wiszące itp.)	40–65
e) leczenie uszkodzenia zakończone zabiegiem protezowania stawu w zależności od ograniczenia funkcji	15–40

144. Uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego (skóry, mięśni, naczyń, aparatu więzadłowo-torebkowego, nerwów) – w zależności od blizn, ubytków, deficytów neurologicznych, stopnia ograniczenia ruchów:

a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–15
c) znacznego stopnia	15–30
d) bardzo duże zmiany	30–60

UWAGA:

Według tej pozycji oceniać uszkodzenia bez złamań kości i zwichnięć. W przypadku współistnienia złamań kości lub zwichnięć kości oceniać według punktu 143. W przypadku współistnienia uszkodzenia nerwów obwodowych w okolicy stawu biodrowego oceniać według punktu 144, w zależności od stopnia zaburzeń wykorzystując zakresy procentowe z punktu 182, odpowiadające poszczególnym nerwom (np. w przypadku współistnienia uszkodzenia nerwu kulszowego – zakres 20–60% w punkcie 182 – ocena winna być dokonana z punktu 144 c lub d.

145. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń:

a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35–60

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu	Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
146. Uszkodzenia w obrębie i okolicy stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 143 i 145, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:	5–15	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 (z wyłączeniem nerwu kulszowego) – ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o:	1–20
147. Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oprotezwania:	75–85	153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10–65
Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu	UWAGA: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 148–151 i poz. 153 nie może przekroczyć 70%.	
148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:		154. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezwania:	50–70
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	1–15	Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) średnie zmiany – wzrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30	155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki z lub bez uszkodzenia aparatu więzadłowego – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
c) duże zmiany – wzrost opóźniony, znaczne zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny powyżej 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w znacznym stopniu upośledzające chód	30–40	a) niewielkie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale 90°–120° i/lub deficyt wyprostu do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna	1–10
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:	40–60	b) średnie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15°–5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny	10–25
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:		c) duże zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0°–40° i/lub deficyt wyprostu do kąta powyżej 15°, utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny	25–40
a) niewielkiego stopnia	1–5	d) zeszytwnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°	30
b) średniego stopnia	5–10	e) zeszytwnienie stawu kolanowego w pozycjach funkcjonalnych niekorzystnych	30–40
c) znacznego stopnia	10–20	156. Skrócenia i zwinięcia stawu kolanowego (w tym zwinięcie rzepki) z uszkodzeniem aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łąkotek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:	
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 148.			
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń:	5–30		

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) izolowane uszkodzenia łąkówek, stan po leczeniu operacyjnym łąkówek z dobrym efektem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkówek – powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym struktur stawu z dobrym efektem – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–10
c) uszkodzeniami aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkówek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną – w zależności od upośledzenia zakresu ruchu	10–25
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	25–40

157. Inne uszkodzenia okolicy stawu kolanowego – blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne – w zależności od nasilenia zmian:

a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–20

158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:

65

UWAGA:

Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeżeli zeszytywnienie stawu kolanowego jest spowodowane uszkodzeniami innymi niż złamania kości, oceniać według punktu 155 d lub e.

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
159. Złamanie trzonów kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie	5–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania lub cechy wzrostu opóźnionego, zaburzenia osi kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) bardzo rozległe zmiany kości z towarzyszącymi ograniczeniami funkcji sąsiednich stawów – powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, ubytkami kości, stawem rzekomym, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi zmianami wtórnymi	30–50

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:	1–5

UWAGA:

W przypadku współistnienia trwałego uszkodzenia nerwu strzałowego, uszczerbek oceniać dodatkowo wg punktu 182 u.

161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, nerwów podudzia, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:

a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–15
c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne	15–35

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 159, 160.

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:

a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do lat 10 przy długości kikuta do 6 cm)	60
b) przy dłuższych kikutach	40–55

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa

Procent uszczerbku na zdrowiu

163. Uszkodzenie stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny – w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:

a) następstwa skręceń powodujące niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny, ubytki	1–2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł bez niestabilności w stawach	2–5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach	5–10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł	10–20

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo – skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, zeszytywnienia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia ograniczenie funkcji w obrębie stawów skokowych	2–5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych	5–10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych lub zeszytywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego	10–20
d) zeszytywnienie w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20–30
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszytywnienie w ustawieniu niekorzystnym	20–40
UWAGA: Jeżeli złamaniom lub zwichnięciom towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwałe uszczerbek na zdrowiu należy oceniać z punktu 164.	
165. Złamania kości skokowej i/lub piętowej (niewchodzące w zakres punktu 164) – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:	
a) niewielkie zmiany	1–10
b) średnie zmiany	10–20
c) duże zmiany	20–30
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20–30
b) całkowita utrata	30–40
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkiego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	1–5
b) średniego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	5–10
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń	10–20
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	
a) złamanie jednej kości śródstopia – I lub V	1–10

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV	1–5
c) złamanie dwóch kości śródstopia	2–15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	5–20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 168, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	1–10
170. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od rozmiaru blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–15
171. Utrata stopy w całości:	50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	45
173. Utrata stopy w stawie Lisfranka:	35
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	20–30
Palce stopy	Procent uszczerbku na zdrowiu
175. Utrata w zakresie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–3
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego palucha	3–8
c) utrata palucha na poziomie paliczka bliższego	8–14
d) całkowita utrata palucha	15
176. Uszkodzenia palucha – 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

Palce stopy		Procent uszczerbku na zdrowiu
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV i V:		
a) częściowa utrata palca na wysokości paliczka środkowego – za każdy palec	1	
b) całkowita utrata – za każdy palec	2	
179. Utrata palca V z kością śródstopia:	3–15	
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych – za każdy palec:	3–5	
181. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:	1–5	
UWAGA: Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		
	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	
b) nerwu piersiowego długiego	7–15	5–10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–45	2–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–35	3–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4–40	3–30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15

UWAGA:
Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	
b) nerwu piersiowego długiego	7–15	5–10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–45	2–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–35	3–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4–40	3–30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–25	1–20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10–25	5–20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15–45	10–40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1–15	
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–20	
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3–20	
r) nerwu sromowego wspólnego	3–25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	20–60	
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–40	
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–30	
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	30–70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–10	

UWAGA:
Według punktu 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg punktów dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kausalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia:

30–50

UWAGA:
W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia. Łączny uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany niepowikłanymi bliznami pooperacyjnymi, związanymi z leczeniem narządów i układów, zawiera się w punktach tabeli przewidzianych do oceny uszkodzenia tych narządów lub układów i nie podlega dodatkowemu orzekaniu.

W przypadku, gdy blizny są jedynym trwałym następstwem leczenia lub pojawiły się powikłania w postaci np. bliznowca lub przepukliny, oceniać według odpowiednich punktów tabeli przewidzianych dla uszkodzenia tkanek miękkich.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

W przypadku uszkodzeń kończyn górnych u osób leworęcznych, stosować ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, o kodzie warunków WPGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje życie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

Wypadek przy pracy oznacza nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę na całym świecie, z zastrzeżeniem, że ubezpieczony jest zatrudniony u pracodawcy, który za niego opłaca składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Čzęstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie wypadku przy pracy,
- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy, o kodzie warunków WPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM PRZY PRACY

Kod OWU: WPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 3) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
 - a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń przełożonychw ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i wypadek przy pracy, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy, jeśli wypadek przy pracy nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;

- 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku przy pracy;
- 6) w wyniku samookałeczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 7) w wyniku wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO
SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, o kodzie warunków WKGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje życie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,

- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czyli czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- braku związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, o kodzie warunków WKGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ WYPADKIEM KOMUNIKACYJNYM

Kod OWU: WKGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski, albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 4) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzskładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął albo został uszkodzony, albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i wypadek komunikacyjny, które je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli wypadek komunikacyjny nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;

- 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
- 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) gdy ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów, które dopuszczają do ruchu,
 - c) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
- 5) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku komunikacyjnego;
- 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa albo popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać w takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu albo – jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ
ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, o kodzie warunków ZZGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje życie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia. W stosunku do uposażonego, w tym w zakresie trybu i sposobu jego wskazywania, zmiany i odwoływania, stosuje się zasady przyjęte w ubezpieczeniu podstawowym.

Ubezpieczenie może zostać zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,

- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu, o kodzie warunków ZZGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 8 OWU pkt 10–13 OWU pkt 14 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6 OWU pkt 7 OWU pkt 13 OWU pkt 14 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI SPOWODOWANEJ ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Kod OWU: ZZGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci spowodowanej zawałem serca lub udarem mózgu uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 2) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 3) **udar mózgu** – nagle ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 4) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje życie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenie zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie naszej ochrony.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
6. Zarówno zdarzenie, jak i zawał serca lub udar mózgu, który je spowoduje, muszą wystąpić w okresie naszej ochrony.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, jeśli zawał serca lub udar mózgu nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;

- 4) w przypadku samobójstwa ubezpieczonego – popełnionego w ciągu 2 lat od początku okresu naszej ochrony;
- 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile miało to wpływ na zjście zdarzenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli komu i kiedy wypłacimy pieniądze po śmierci ubezpieczonego

8. Wypłata świadczenia przysługuje uposażonemu.
9. Uposażonego możesz wskazać, zmienić lub odwołać na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu podstawowym.
10. Po śmierci ubezpieczonego osoba, która wnioskuje o wypłatę świadczenia musi dostarczyć nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) akt zgonu;
 - 3) kartę zgonu;
 - 4) dokumentację medyczną, która stwierdza przyczynę śmierci.
11. Możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty, jeśli te już dostarczone nie wystarczą, aby uznać, że wypłata świadczenia jest należna i w jakiej wysokości.
12. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 10 i 11 dokumentacji.
13. Prawo do wypłaty świadczenia po śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca albo udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK
TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO
ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU SPOWODOWANEGO ZAWAŁEM SERCA LUB UDAREM MÓZGU

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, o kodzie warunków TZGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

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

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

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

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,

- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń będących przyczyną wyłączenia odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym,
- braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

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

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 6–19 OWU pkt 20 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 11–18 OWU pkt 20 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

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

Kod OWU: TZGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – jest to trwałe uszkodzenie organu, narządu lub układu. Oznacza to, że dany Twój organ, narząd lub układ został utracony lub jego funkcje są upośledzone – i stan ten nie ulegnie poprawie;
 - 2) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 3) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
 - 4) **udar mózgu** – który jest nagłym ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
 - 5) **zawał serca** – który jest martwicą komórek mięśnia sercowego spowodowaną jego przedłużonym niedokrwieniem. Zakres ochrony obejmuje ostry zawał serca, czyli taki, który jest potwierdzony wzrostem lub spadkiem wartości biochemicznego markera tej martwicy, tzw. troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia,
 - b) zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ścian serca stwierdzone w badaniach obrazowych,
 - d) zakrzep w tętnicy wieńcowej stwierdzony w badaniu angiograficznym lub w autopsji.Odpowiadamy również za taki zawał serca, który jest związany z:
 - a) przeszłą interwencją wieńcową – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 5-krotnie górną granicę normy,
 - b) pomostowaniem tętnic wieńcowych – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 10-krotnie górną granicę normy.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

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

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

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po wystąpieniu trwałego uszczerbku

6. Jeśli wystąpi u Ciebie trwały uszczerbek na zdrowiu, dostarcz nam:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu.
7. Możemy dodatkowo:
- 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy,
 - 2) zlecić badania medyczne
- jeśli będzie to potrzebne.
8. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
9. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
10. O wypłacie świadczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na zdrowiu decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 6, 7 i 9 dokumentacji.
11. Należy Ci się prawo do wypłaty świadczenia:
- 1) jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy między zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 2) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu jednego zawału serca albo udaru mózgu.
12. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy po tym, kiedy zakończysz leczenie i rehabilitację.
13. Jeśli zgłosisz świadczenie w trakcie leczenia i rehabilitacji, możemy:
- 1) poprosić o opinię lekarza,
 - 2) zlecić dodatkowe badania medyczne – jeśli będzie to potrzebne
- i wypłacić część kwoty świadczenia, do której nie było żadnych wątpliwości.
14. Jeśli lekarz nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu związanego z danym zawałem serca lub udarem mózgu, poprosimy go ponownie o jego określenie. Opinia lekarza będzie uwzględniać stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu występujący do 24. miesiąca od dnia, w którym wydarzył się ten zawał serca albo udar mózgu.
15. Jeśli w późniejszym czasie zmieni się stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszy się lub pogorszy), nie zmienimy wysokości wypłaty świadczenia.
16. Jeśli wskutek zawału serca albo udaru mózgu utracisz lub uszkodzisz organ lub narząd, lub układ, którego funkcje przed tym zawałem serca albo udarem mózgu były już uszkodzone z powodu choroby lub urazu – i ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu – to stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w ten sposób, że porównamy stan sprzed zawału serca albo udaru mózgu i stan po zawale serca albo udarze mózgu.
17. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalamy w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tabela jest załącznikiem do OWU.
18. Gdy ustalamy stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy ani czynności, jakie wykonujesz.
19. Pieniądze za trwały uszczerbek na zdrowiu wypłacamy jednorazowo w pełnej należnej kwocie – z uwzględnieniem pkt 13 i 14.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU



A. USZKODZENIA GŁOWY

	Procent uszczerbku na zdrowiu
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru, ruchomości, tkliwości blizn itp.	1–10
Pozbawienie owłosienia (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
UWAGA: W przypadku uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a. W przypadku skutecznej replantacji skalpu oceniać wg punktu 1 a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłobienia, szczeliny, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń:	
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	1–10
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	10–30
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) od 10 do 50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu oceniony za pierwotny ubytek – należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań:	1–25

Procent
uszczerbku
na zdrowiu

5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:

a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0–1° wg skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovette'a	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovette'a	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovette'a	10–40
e) porażenie kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawy	70–90
lewy	60–80
f) niedowład kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawy	70–90
lewy	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0–1° wg skali Lovette'a:	
prawa	40–50
lewa	30–40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2°–2/3° wg skali Lovette'a:	
prawa	30–40
lewa	25–30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3–4° wg skali Lovette'a:	
prawa	10–30
lewa	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° wg skali Lovette'a:	50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 1–2° wg skali Lovette'a:	30–50

	Procent uszczerbku na zdrowiu
I) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3–4° wg skali Lovette’a	10–30

UWAGA:

W przypadku współistnienia zaburzeń mowy o typie afazji oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.

W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE’A

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

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

6. Izolowane zespoły pozapiramidowe:

a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40–80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–30

7. Zaburzenia równowagi i inne poza niedowładem zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria, inne objawy zespołu mózdkowego) pochodzenia mózgowego:

a) uniemożliwiające chodzenie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50–80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową	1–10

8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	50–60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	30–50
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10–30
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

UWAGA:

Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja z przebiegu leczenia, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego.

W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:

a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–30

UWAGA:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem psychiatrycznym, psychologicznym i neurologicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub NMR.

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po ciężkim uszkodzeniu ciała:

a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub z ciężkim uszkodzeniem innych części ciała w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudności w skupieniu uwagi, bezsenność itp.)	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	5–20

11. Zaburzenia mowy:

a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	20–40
d) afazja nieznacznego stopnia	10–20

12. Zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):

a) znacznie upośledzające czynność ustroju	40–60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30

	Procent uszczerbku na zdrowiu		Procent uszczerbku na zdrowiu
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, uszkodzenia chrząstki, ubytki części miękkich):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35	a) uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – blizny i/lub niewielkie zniekształcenie nosa	1–5
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20	b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – znacznego stopnia deformacja nosa lub utrata części nosa	5–15
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–15	c) uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	15–20
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–15	d) utrata lub zaburzenia powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki:	1–5
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa)	20–30
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10	UWAGA: O ile znacznej deformacji nosa towarzyszą blizny nosa, oceniać łącznie wg punktu 20. O ile uszkodzenie nosa, warg, powiek wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg tego punktu (tj. wg punktu 19).	
b) ruchowe	1–10	21. Uszkodzenia w obrębie zębów:	
c) czuciowo-ruchowe	5–20	a) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń mięzgi – siekacze lub kły	1
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:		b) utrata częściowa korony zęba bez uszkodzeń mięzgi – pozostałe zęby	0,5
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20	c) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem mięzgi – siekacze lub kły	1,5
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	5–15	d) utrata częściowa korony zęba z uszkodzeniem mięzgi – pozostałe zęby	1
c) izolowane uszkodzenie centralne	5–10	e) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – siekacze lub kły	2
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.		f) całkowita utrata korony zęba z zachowaniem korzenia – pozostałe zęby	1,5
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodnictwa pokarmowego:		g) całkowita utrata zęba – siekacze lub kły	3
a) niewielkiego stopnia	5–10	h) całkowita utrata zęba – pozostałe zęby	2
b) średniego stopnia	10–25	i) pourazowe rozchwanie zęba	0,5
c) dużego stopnia	25–50	22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania jamy ustnej, zaburzeń czucia:	
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		a) nieznacznego stopnia	1–5
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		b) średniego stopnia	5–10
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 9.		c) znacznego stopnia	10–25
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):			
a) oszpeccenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–10		
b) oszpeccenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5–30		
c) oszpeccenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30–60		

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA	
W przypadku urazu oczodołu z двоjeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg punktu 26 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 26 a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.	
Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg punktu 19.	
W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 22 lub 23.	
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpeceń i powikłań:	
a) częściowa	15–35
b) całkowita	40–50
24. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10–25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25–40
25. Urazy języka, przedsionka jamy ustnej, warg, ubytki – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
a) uszkodzenie języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej, warg w zależności od wielkości uszkodzeń – zmiany i ubytki niewielkiego stopnia	1–5
b) ubytki języka, uszkodzenia przedsionka jamy ustnej i warg – zmiany i ubytki średniego stopnia upośledzające odżywianie	5–15
c) duże zmiany i ubytki języka – upośledzające mowę i odżywianie w zależności od stopnia	15–40
d) całkowita utrata języka	50
B. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
	Procent uszczerbku na zdrowiu
26. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu trwały uszczerbek ocenia się wg tabeli 26 a	
b) двоjenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1–10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	38
UWAGA:	
Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcie szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 26 c obejmuje również oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.	

Tabela 26 a

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

27. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

UWAGA:

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

28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26 a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, błony rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5

29. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drażących oraz nieusunięte ciało obce oczodołu:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 26 a
b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, błony rogówki – bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5
c) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	wg tabeli 26 a + 10 %
d) nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe bez obniżenia ostrości wzroku	10
e) nieusunięte ciało obce oczodołu	1–5

30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli 26 a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku	1–5

			Procent uszczerbku na zdrowiu
31. Koncentryczne zwiężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 31 w zależności od – mniej lub bardziej korzystnej lokalizacji zwiężenia pola widzenia.			
Tabela 31			
Zwiężenie do	Przy nienaru- szonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotie drugiego oka
60°	0	0	20—35%
50°	1—5%	10—15%	35—45%
40°	5—10%	15—25%	45—55%
30°	10—15%	25—50%	55—70%
20°	15—20%	50—80%	70—85%
10°	20—25%	80—90%	85—95%
poniżej 10°	25—35%	90—95%	95—100%
			Procent uszczerbku na zdrowiu
32. Połowicze i inne niedowidzenia:			
a) dwuskroniowe			60
b) dwunosowe			30
c) jednoimienne			30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)			1–5
33. Bezsoczewkowość bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:			
a) w jednym oku			25
b) w obu oczach			40
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 26 a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.			
34. Pseudosoczewkowość przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:			
a) w jednym oku			wg tabeli 26 a w granicach 15–35
b) w obu oczach			wg tabeli 26 a w granicach 30–100
35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) – w zależności od stopnia i natężenia:			
a) w jednym oku			5–10
b) w obu oczach			10–15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli 26a i 31 nie mniej niż:			15
37. Jaskra:			
a) bez zaburzeń pola widzenia i ostrości wzroku			2

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

Tabela 41 a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)

Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe				
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA:

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów : 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia	1–5

UWAGA:

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

42. Urazy małżowiny usznej:

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

43. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przetyknięciem słuchu:

oceniać wg tabeli 41 a

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

a) jednostronne	5
b) obustronne	10

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

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

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

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

47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a) z uszkodzeniem części słuchowej	Oceniać wg tabeli 41 a
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1–20
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	20–50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30–60

48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10–25
b) dwustronne	25–60

D. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------

49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:

5–10

50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5–10
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się	10–30

51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35–50
b) z bezgłosem	60

52. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a) bez niewydolności oddechowej	1–10
b) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	10–20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	20–40
d) duże zwężenie potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	40–60

53. Uszkodzenie przełyku:

a) ze zwężeniem bez zaburzeń w odżywianiu	1–5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–30
c) odżywianie tylko płynami	50
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

54. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:

a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5
b) zmiany średniego stopnia	5–15
c) rozległe blizny, w znacznym stopniu ograniczona ruchomość szyi z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30

UWAGA:

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniać wg punktu 89.

E. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) zniekształcenia, ubytki i blizny nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągnięcie blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40

UWAGA:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

56. Utrata brodawki:

a) częściowa w zależności od rozległości blizn	1–10
b) całkowita utrata brodawki – w zależności od płci i wieku	10–15

UWAGA:

Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie brodawki oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:

a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku	5–15
b) całkowita utrata sutka – w zależności od płci i wieku	20–25
c) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego w zależności od płci i wieku	30–35

UWAGA:

Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamanie żeber:

a) żebra – bez zniekształceń	1
b) żeber – bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–5
c) żebra lub żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2–10
d) złamanie żeber z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	5–10
e) złamanie żeber ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	10–25

f) złamanie żeber ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25–40
--	-------

UWAGA:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

59. Złamanie mostka:

a) bez zniekształceń	1–3
b) z obecnością zniekształceń	3–10

60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):

a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1–5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5–10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10–25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25–40

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:

UWAGA:
Przy ocenie wg punktów 55, 58, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym.
W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwałe uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC – 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

	Procent uszczerbku na zdrowiu		Procent uszczerbku na zdrowiu
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:			
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5–10	64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodzenia pokarmowego, oddychania i krążenia:	
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10–20	a) bez zaburzeń funkcji – np. po leczeniu operacyjnym	1–5
c) II klasa NYHA, EF 45%–55% 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	20–40	b) zaburzenia niewielkiego stopnia	5–10
d) III klasa NYHA, EF 35%–45 %, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	40–60	c) zaburzenia średniego stopnia	10–20
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60–90	d) zaburzenia dużego stopnia	20–40
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.			
Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:			
Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.	F. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy łędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	a) blizny, niewielkie ubytki tkanek	1–5
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakiegokolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	b) rozległe przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny	5–15
		c) przetoki	15–30
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Nie podlegają orzekaniu przy ustalaniu następstw nieszczęśliwego wypadku przepukliny, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia ciężaru.			
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:			
		a) bez zaburzeń funkcji przewodzenia pokarmowego	1–5
		b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5–15
		c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5–40
		d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:			
		a) jelita cienkiego	30–80
		b) jelita grubego	20–70
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:			
			1–10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:			
		a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5
		b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60

	Procent uszczerbku na zdrowiu
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościennne uszkodzenie – bez zaburzeń funkcji	1–5
b) wypadanie błony śluzowej	5–10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania	10–30

71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
d) utrata u osób poniżej 18 roku	20

72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, utrata pęcherzyka żółciowego	1–5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	5–15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15–40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	20–60

UWAGA:
Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b–d.
Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b–d.
Zwężenia dróg żółciowych orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b–d.

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

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

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

G. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	1–5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10–25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej:	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	40–75
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
a) niepowodujące zaburzeń funkcji	1–5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	5–20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji	1–5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5–15
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	15–30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10–25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	25–50
79. Zwężenia cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń	5–15
b) z nawracającymi zakażeniami	15–30
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	30–75
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.	
80. Utrata prącia:	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	5–30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	5–20

	Procent uszczerbku na zdrowiu
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:	40

84. Pourazowy wodniak jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian	2–10

85. Utrata lub uszkodzenie macicy:	
a) uszkodzenie lub częściowa utrata	5–20
b) utrata w wieku do 50 lat	40
c) utrata w wieku powyżej 50 lat	20

86. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
a) blizny, ubytki, deformacje	1–10
b) wypadanie pochwy	5–10
c) wypadanie pochwy i macicy	30

H. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	10–20
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	15–25

88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim	5–15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	

UWAGA:
Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 26 a, 31, 41.
Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Procent uszczerbku na zdrowiu
--	-------------------------------------

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skrócenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego – z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5
b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcie (potwierdzone czynnościowymi badaniami RTG), stan po usunięciu jądra miazdzystego, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwłknięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–40
d) całkowite zeszczywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy	50

UWAGA:

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego – oceniać według punktu 89 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th11):	
a) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdzystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–10
b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące zniekształcenie dużego stopnia, zwłknięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	10–20
c) całkowite zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	20–30

UWAGA:

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdzystego – oceniać według punktu 90 b lub c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12–L5):	
a) skrócenie, stłuczenie, z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	1–5

	Procent uszczerbku na zdrowiu		Procent uszczerbku na zdrowiu
b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamanie kręgu powodujące znieskształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdżystego – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	5–15	c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette’a, lub połowice uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyn dolnej 0–2° w skali Lovette’a	30–60
c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamanie kręgu powodujące znieskształcenie dużego stopnia, zwinięcie, usztywnienie operacyjne – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości	15–30	d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette’a z zaburzeniami ze strony zwieraczy i zaburzeniami ze strony narządów płciowych, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette’a lub połowice uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyn dolnej 3–4° w skali Lovette’a, izolowane zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zespół stożka końcowego	5–40
d) zeszczywnienie – w zależności od ustawienia kręgosłupa	30–40	e) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette’a bez zaburzeń ze strony zwieraczy i narządów płciowych, zaburzeń troficznych	5–30
UWAGA: Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, oceniać według punktu 91 tabeli. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego oceniać według punktu 91 b lub c w zależności od stopnia znieskształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa lędźwiowego jest zespół bólowy korzeniowy, oceniać wyłącznie według punktu 95. Kręgoszyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.		UWAGA: Ocena porażen zwieraczy i zaburzeń ze strony narządów płciowych wchodzi w zakres oceny punktu 94 a–c.	
92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościстых kręgu, kości guzicznej:			
a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościстого kręgu, złamanie kości guzicznej	1–2	a) szyjne bólowe	2–5
b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościстых kręgów (w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa)	2–10	b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
UWAGA: W przypadku istnienia zespołu bólowego guzicznego w związku ze stłuczeniem lub złamaniem kości guzicznej oceniać wyłącznie wg punktu 95 h.		c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciała obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. – ocenia się wg poz. 89–92, zwiększając stopień uszczerbku o:		d) piersiowe	2–10
5–10		e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	2–5
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:		f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5–15
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0–1° w skali Lovette’a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0–1° w skali Lovette’a	100	g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych	10–30
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette’a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette’a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette’a	60–80	h) guziczne	2–5
		UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w punkcie 95 a–h powinny mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z leczenia i diagnostyki następstw zdarzenia.	
J. USZKODZENIA MIEDNICY			
96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:			
		a) rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1–5

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

UWAGA:

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

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

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

UWAGA:

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

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

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

UWAGA:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 143.

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

a) jednolokalne złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	1–5
b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez zniekształcenia i bez zaburzenia funkcji	2–7
c) jednolokalne złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej – ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	3–10
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5–20

	Procent uszczerbku na zdrowiu
UWAGA: Towarzystwujące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Obręcz kończyny górnej	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
100. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym 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 pozycji 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

101. Stan po złamaniu obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i/lub ograniczenia ruchów:

a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów	1–3	1–2
b) średniego stopnia zniekształcenie i ograniczenie ruchu miednicznego stopnia	3–10	2–5
c) duże zniekształcenie i ograniczenie ruchu	10–25	5–20

102. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:

10–25	5–20
-------	------

UWAGA:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 102.

103. Podwichnięcie, zwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:

a) nieznaczne zmiany	1–5	1–3
b) zmiany średniego stopnia	5–15	3–12
c) znaczne zmiany	15–25	12–20

UWAGA:

W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według pozycji 182, natomiast stopień zniekształcenia obojczyka według pozycji 101–103. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 182.

Obręcz kończyny górnej	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) – ocenia się wg poz. 101–103 – zwiększając stopień trwałego uszkodzku o:	1–5	
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od blizn, ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń:		
a) miernego stopnia	1–10	1–5
b) średniego stopnia	10–20	5–15
c) dużego stopnia	20–30	15–25
106. Zestawienie nieodprowadzone zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20–35	15–30
107. Nawykowe zwichnięcie:		
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5–25	5–20
b) nielezione operacyjnie	25	20
UWAGA: Nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczerbkiego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.		
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25–40	20–35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się wg norm neurologicznych.		
109. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 105 lub 109.		

Obręcz kończyny górnej	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 105–110, zwiększając stopień uszkodzku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji:	1–35	1–25
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75
Ramię	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
114. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym oraz zaburzeń neurologicznych:		
a) zmiany niewielkiego stopnia	3–15	2–10
b) zmiany średniego stopnia	15–30	10–25
c) zmiany dużego stopnia, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	30–55	25–50
115. Uszkodzenia skóry, ubytki mięśni, uszkodzenia ścięgien, naczyń, nerwów ramienia – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) zmiany niewielkie	1–5	1–5
b) zmiany średnie	5–10	5–10
c) zmiany duże	10–50	10–45
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 114.		
116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów:	1–8	1–6
Łokieć	Procent uszkodzku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
118. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz deficytów neurologicznych:		

Łokieć	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–15	4–10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu, staw rzekomy	15–50	10–45

119. Zesztywnienie stawu łokciowego:

a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (70–105°)	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (0°–20°)	50	45
d) w innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30–45	25–40

120. Uszkodzenia łokcia — zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry oraz zaburzenia neurologiczne — w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń, deficytów neurologicznych:

a) zmiany niewielkiego stopnia	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–15	4–10
c) zmiany dużego stopnia, przetoki	15–45	10–40

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 118.

121. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	15–30	10–25
--	-------	-------

122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	65	60
--	----	----

UWAGA:

Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80°.

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe

123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów obrotowych przedramienia, ruchomości palców i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:

a) bez lub z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamania podokostnowe u dzieci, złamania bez przemieszczenia, izolowane złamania wyrostka rylcowatego)	1–3	1–2
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3–10	2–8

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
c) średnie lub duże zniekształcenia ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	10–20	8–15
d) bardzo duże zniekształcenia z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi (np. zespół Sudecka i inne)	20–30	15–25

124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:

a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–20	4–15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20–35	15–30

125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):

a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) znaczne zmiany	10–20	8–15

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:

a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	20–35	15–30

UWAGA:

W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.

127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:

a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	25–40	20–35

UWAGA:

W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 127.

128. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 123–127, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:

1–15	1–15
------	------

Przedramię	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawe	Lewe
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprostowania:	55–65	50–60
130. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:	55	50
Nadgarstek	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
131. Skręcenie, zwichnięcie w obrębie nadgarstka, złamanie kości nadgarstka (np. kości łódeczkowatej), uszkodzenia skóry, mięśni, naczyń – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkiego stopnia	1–10	1–8
b) średniego stopnia	10–20	8–15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20–30	15–25
132. Całkowite zeszytnienie w obrębie nadgarstka (stawu promieniowo-nadgarstkowego):		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–30	10–25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25–45	20–40
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań:	1–10	1–10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	55	50
Śródręcze	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
135. Złamania kości śródręcza, uszkodzenia ścięgien i pozostałych części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów), w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i palców oraz innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–10	4–8
c) rozległe zmiany	10–20	8–18

Kciuk	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
136. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–15	4–13
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego mniej niż 2/3 długości paliczka	15–20	13–18
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	20–28	18–25
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	28–35	25–33
137. Inne uszkodzenia kciuka: złamanie, zwichnięcie, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	5–15	4–13
c) znaczne zmiany	15–20	13–18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	20–23	18–20
e) całkowita bezużyteczność kciuka	25	23
f) rozległe zmiany, graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza (dotyczy utraty funkcji)	25–35	23–33
UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy
138. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1–5	1–4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5–10	4–8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10–15	8–13
d) utrata dwóch paliczków	15–20	13–18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20–25	18–23
f) utrata wskaziciela w obrębie lub z kością śródręcza	25–30	23–27

Palec wskazujący	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawy	Lewy

139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurców stawów, zeszywnień, zmian troficcznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:

a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) zmiany średniego stopnia	5–10	4–8
c) zmiany dużego stopnia	10–15	8–13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	15–20	13–18
e) całkowita bezużyteczność wskaziciela	23	20

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa

140. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–2,5	1–2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	2,5–5	2–4,5
c) utrata w obrębie paliczka środkowego lub utrata dwóch paliczków	5–8	4,5–7
d) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	8–10	7–8,5

141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie lub z kością śródręcza:

	10–15	8–13
--	-------	------

UWAGA:

Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela ocenia się podwójnie palec trzeci. Palec trzeci może zastąpić wskaziciela, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji ręki.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurców stawów, zeszywnień, zmian troficcznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:

a) niewielkie zmiany	1–2,5	1–2
b) zmiany średniego stopnia	2,5–5	2–4,5
c) zmiany dużego stopnia	5–8	4,5–7
d) całkowita bezużyteczność	9	8

Palec trzeci, czwarty i piąty	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa

UWAGA:

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej – 55%, dla lewej – 50%).

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu
---------------	-------------------------------

143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń, zmian wtórnych:

a) ze zmianami miernego stopnia	5–10
b) ze zmianami średniego stopnia	10–20
c) dużego stopnia	20–40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenia leczenia operacyjnego – np. biodro wiszące itp.)	40–65
e) leczenie uszkodzenia zakończone zabiegiem protezowania stawu w zależności od ograniczenia funkcji	15–40

144. Uszkodzenie tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego (skóry, mięśni, naczyń, aparatu więzadłowo-torebkowego, nerwów) – w zależności od blizn, ubytków, deficytów neurologicznych, stopnia ograniczenia ruchów:

a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	5–15
c) znacznego stopnia	15–30
d) bardzo duże zmiany	30–60

UWAGA:

Według tej pozycji oceniać uszkodzenia bez złamań kości i zwichnięć. W przypadku współistnienia złamań kości lub zwichnięć kości oceniać według punktu 143. W przypadku współistnienia uszkodzenia nerwów obwodowych w okolicy stawu biodrowego oceniać według punktu 144, w zależności od stopnia zaburzeń wykorzystując zakresy procentowe z punktu 182, odpowiadające poszczególnym nerwom (np. w przypadku współistnienia uszkodzenia nerwu kulszowego – zakres 20–60% w punkcie 182 – ocena winna być dokonana z punktu 144 c lub d).

145. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń:

a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35–60

Staw biodrowy	Procent uszczerbku na zdrowiu	Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu
146. Uszkodzenia w obrębie i okolicy stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 143 i 145, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od stopnia powikłań:	5–15	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 (z wyłączeniem nerwu kulszowego) – ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o:	1–20
147. Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oprotezwania:	75–85	153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10–65
Udo	Procent uszczerbku na zdrowiu	UWAGA: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 148–151 i poz. 153 nie może przekroczyć 70%.	
148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:		154. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezwania:	50–70
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, bez zaburzeń osi kończyny	1–15	Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) średnie zmiany – wzrost złamania, zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny od 3 do 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30	155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki z lub bez uszkodzenia aparatu więzadłowego – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
c) duże zmiany – wzrost opóźniony, znaczne zaburzenia osi kończyny, skrócenie kończyny powyżej 6 cm, zaburzenia rotacji kończyny w znacznym stopniu upośledzające chód	30–40	a) niewielkie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale 90°–120° i/lub deficyt wyprostu do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna	1–10
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:	40–60	b) średnie zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15°–5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny	10–25
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:		c) duże zmiany – możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0°–40° i/lub deficyt wyprostu do kąta powyżej 15°, utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny	25–40
a) niewielkiego stopnia	1–5	d) zeszytwnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0–15°	30
b) średniego stopnia	5–10	e) zeszytwnienie stawu kolanowego w pozycjach funkcjonalnych niekorzystnych	30–40
c) znacznego stopnia	10–20	156. Skrócenia i zwinięcia stawu kolanowego (w tym zwinięcie rzepki) z uszkodzeniem aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łąkotek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:	
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 148.			
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń:	5–30		

Kolano	Procent uszczerbku na zdrowiu
a) izolowane uszkodzenia łąkotec, stan po leczeniu operacyjnym łąkotec z dobrym efektem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–5
b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotec – powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym struktur stawu z dobrym efektem – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	1–10
c) uszkodzeniami aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotec, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną – w zależności od upośledzenia zakresu ruchu	10–25
d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia zakresu ruchu	25–40

157. Inne uszkodzenia okolicy stawu kolanowego – blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne – w zależności od nasilenia zmian:

a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–20

158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:

65

UWAGA:

Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeżeli zesztynienie stawu kolanowego jest spowodowane uszkodzeniami innymi niż złamania kości, oceniać według punktu 155 d lub e.

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
159. Złamanie trzonów kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) niewielkie zmiany – wzrost niepowikłany, niewielkie zaburzenia osi kończyny, niewielkie skrócenie	5–15
b) średnie zmiany – wzrost złamania lub cechy wzrostu opóźnionego, zaburzenia osi kończyny w średnim stopniu upośledzające chód	15–30
c) bardzo rozległe zmiany kości z towarzyszącymi ograniczeniami funkcji sąsiednich stawów – powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, ubytkami kości, stawem rzekomym, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi zmianami wtórnymi	30–50

Podudzie	Procent uszczerbku na zdrowiu
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:	1–5

UWAGA:

W przypadku współistnienia trwałego uszkodzenia nerwu strzałowego, uszczerbek oceniać dodatkowo wg punktu 182 u.

161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, nerwów podudzia, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:

a) niewielkie zmiany	1–5
b) średnie zmiany	5–15
c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne	15–35

UWAGA:

Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 159, 160.

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:

a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do lat 10 przy długości kikuta do 6 cm)	60
b) przy dłuższych kikutach	40–55

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa

Procent uszczerbku na zdrowiu

163. Uszkodzenie stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny – w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:

a) następstwa skręceń powodujące niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny, ubytki	1–2
b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł bez niestabilności w stawach	2–5
c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenie – po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach	5–10
d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł	10–20

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo – skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, zeszytywnienia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego – w zależności od utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia ograniczenie funkcji w obrębie stawów skokowych	2–5
b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych	5–10
c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych lub zeszytywnienie w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego	10–20
d) zeszytywnienie w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20–30
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w obrębie stawów skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszytywnienie w ustawieniu niekorzystnym	20–40
UWAGA: Jeżeli złamaniom lub zwichnięciom towarzyszą uszkodzenia więzadłowe, trwałe uszczerbek na zdrowiu należy oceniać z punktu 164.	
165. Złamania kości skokowej i/lub piętowej (niewchodzące w zakres punktu 164) – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:	
a) niewielkie zmiany	1–10
b) średnie zmiany	10–20
c) duże zmiany	20–30
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20–30
b) całkowita utrata	30–40
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkiego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	1–5
b) średniego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	5–10
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń	10–20
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	
a) złamanie jednej kości śródstopia – I lub V	1–10

Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa	Procent uszczerbku na zdrowiu
b) złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV	1–5
c) złamanie dwóch kości śródstopia	2–15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	5–20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 168, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	1–10
170. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od rozmiaru blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1–5
b) średnie zmiany	5–10
c) duże zmiany	10–15
171. Utrata stopy w całości:	50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	45
173. Utrata stopy w stawie Lisfranka:	35
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	20–30
Palce stopy	Procent uszczerbku na zdrowiu
175. Utrata w zakresie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1–3
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego palucha	3–8
c) utrata palucha na poziomie paliczka bliższego	8–14
d) całkowita utrata palucha	15
176. Uszkodzenia palucha – 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

Palce stopy		Procent uszczerbku na zdrowiu
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV i V:		
a) częściowa utrata palca na wysokości paliczka środkowego – za każdy palec	1	
b) całkowita utrata – za każdy palec	2	
179. Utrata palca V z kością śródstopia:	3–15	
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych – za każdy palec:	3–5	
181. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:	1–5	
UWAGA: Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		
	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	
b) nerwu piersiowego długiego	7–15	5–10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–45	2–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–35	3–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4–40	3–30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15

UWAGA:
Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

**M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY
POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH**

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5–15	
b) nerwu piersiowego długiego	7–15	5–10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–45	2–35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–35	3–25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–25	2–20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–15	1–10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4–40	3–30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3–20	2–15

	Procent uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–25	1–20
l) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10–25	5–20
m) spłotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15–45	10–40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1–15	
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–20	
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2–30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3–20	
r) nerwu sromowego wspólnego	3–25	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	20–60	
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–40	
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5–30	
v) spłotu lędźwiowo-krzyżowego	30–70	
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–10	

UWAGA:
Według punktu 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg punktów dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kausalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia:

30-50

UWAGA:
W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia. Łączny uszczerbek na zdrowiu związany z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany niepowikłanymi bliznami pooperacyjnymi, związanymi z leczeniem narządów i układów, zawiera się w punktach tabeli przewidzianych do oceny uszkodzenia tych narządów lub układów i nie podlega dodatkowemu orzekaniu.

W przypadku, gdy blizny są jedynym trwałym następstwem leczenia lub pojawiły się powikłania w postaci np. bliznowca lub przepukliny, oceniać według odpowiednich punktów tabeli przewidzianych dla uszkodzenia tkanek miękkich.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

W przypadku uszkodzeń kończyn górnych u osób leworęcznych, stosować ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej.

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY
I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, o kodzie warunków TNGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie naszej ochrony.

Jeśli ukończysz 55 lat, naszą ochroną obejmujemy tylko niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Jeśli wystąpi u Ciebie niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,

- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej po ukończeniu 55 lat, o ile nie jest spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem,
- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób, które były zdiagnozowane lub leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem naszej ochrony w stosunku do ubezpieczonego,
- niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powstałej w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, o kodzie warunków TNGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–5 OWU pkt 10 OWU pkt 11–15 OWU pkt 16 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 6–9 OWU pkt 10 OWU pkt 16 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Kod OWU: TNGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
- 2) **dzień zdarzenia** – dzień wystąpienia niezdolności do samodzielnej egzystencji;
- 3) **niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz konieczność opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, która powstała w wyniku:
 - a) nieszczęśliwego wypadku lub
 - b) choroby,
– w czasie naszej ochrony.Trwałość niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie jest możliwe odzyskanie zdolności do pracy ani też zdolności do samodzielnej egzystencji;
- 4) **orzeczenie** – dokument, który potwierdza trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji. Wydaje go uprawniony do tego lekarz;
- 5) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 6) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 7) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie naszej ochrony.
5. Jeśli wystąpi u Ciebie niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji wypłacimy świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

6. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub

- 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
- 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasilki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
7. Nie udzielamy ochrony, jeśli niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji jest wynikiem choroby, która wystąpiła lub z powodu której rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim nasza ochrona się rozpoczęła.
8. Wyłączenie ochrony z pkt 7 nie dotyczy:
 - 1) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat;
 - 2) niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowanej chorobą, gdy nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszcześliwego wypadku, który wydarzył się przed początkiem naszej ochrony lub jeśli niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji nastąpiła:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 - jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku, gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 9) w wyniku uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszcześliwego wypadku;
 - 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach zmniejszamy naszą ochronę

10. Jeśli ukończysz 55 lat, naszą ochroną obejmujemy tylko niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszcześliwego wypadku.
Wysokość składki za ubezpieczonego jest stała i uwzględnia zmianę ryzyka ubezpieczeniowego po ukończeniu przez ubezpieczonego 55 lat.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po wystąpieniu trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

11. Jeśli wystąpi u Ciebie trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) orzeczenie, które potwierdza trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji.
12. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
13. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
14. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
15. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 11, 12 i 14 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

801 102 102 pzu.pl

Opłata zgodna z taryfą operatora

PZUŻ 9945

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, o kodzie warunków CCGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- wystąpienie u Ciebie 3 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja onkowsparcie),
 - wystąpienie u Ciebie 10 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja onko-kardiowsparcie),
 - wystąpienie u Ciebie 18 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja onko-kardio-neurowsparcie),
 - wystąpienie u Ciebie 45 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja multiwsparcie),
- w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Ubezpieczający, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonej opcji ubezpieczenia, może zmienić opcję ubezpieczenia na inną, za naszą zgodą, w dowolnym momencie.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, w którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni. Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u ubezpieczonego,
- nie dostarczenia kompletu dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, o kodzie warunków CCGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–3 OWU pkt 5–7 OWU pkt 14 OWU pkt 23–27 OWU pkt 28 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–3 OWU pkt 8–14 OWU pkt 15–17 OWU pkt 28 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

Kod OWU: CCGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 5) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimer'a, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paraliżu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tężca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru, utraty mowy, utraty słuchu lub utraty wzroku, wrzodzącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprątкового, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: błonowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV,
 - e) **zapaźnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.

2. Naszą ochroną obejmujemy wystąpienie ciężkich chorób, o których mowa w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;

- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie.
6. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ciebie ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
 - 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wystąpiła w okresie naszej ochrony.
7. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby, jeśli powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku, gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia pożytych alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
10. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - 1) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 2) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
 - 3) udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
 - 4) w przypadku zgłoszenia choroby Alzheimera – otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
 - 5) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
 - 6) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
 - 7) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 8) w przypadku zgłoszenia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
 - 9) w przypadku zgłoszenia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarninaków, malformacji naczyniowych, krwaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
 - 10) w przypadku zgłoszenia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),

- b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) złośliwego gruczolaka krokowego (prostata, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 11) w przypadku zgłoszenia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
- 11. Nasza ochrona nie obejmuje także:**
- 1) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 2) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwiennej serca lub zawał serca;
 - 4) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 5) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 6) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
 - 7) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 8) udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 9) utraty kończyn, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 10) utraty mowy, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano raka krtani, który był przyczyną utraty mowy;
 - 11) utraty słuchu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 12) utraty wzroku, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilie;
 - 14) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 15) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę zakrzepowo-zatorową;
 - 16) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę niedokrwiennej serca lub wystąpił zawał serca.
- 12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.**
- 13. Wyłączenie z pkt 12 nie dotyczy:**
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez ubezpieczonego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej ciężkiej choroby.
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.**

KARENCEJA

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

- 15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
- 16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 90 dni.
- 17. Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.

OPCJE UBEZPIECZENIA

– kiedy można je wprowadzić lub zmienić

- 18. Ubezpieczający może wybrać jedną z czterech opcji ubezpieczenia, to jest: onkowsparcie, onko-kardiowsparcie, onko-kardio-neurowsparcie albo multiwsparcie.

- 19. Za naszą zgodą ubezpieczający może zmienić opcję ubezpieczenia na inną w dowolnym momencie.
- 20. Aby zmienić opcję ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowa opcja ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
- 21. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, w którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.
- 22. Możesz zmienić opcję ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy. Zmiana opcji oznacza jednocześnie zmianę wariantu ubezpieczenia. Warunki zmiany wariantu opisaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie ciężkiej choroby

- 23. Jeśli wystąpi u Ciebie ciężka choroba, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 4) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 24. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
- 25. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 26. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 27. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23, 24 i 26 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (nieodkrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatry w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, która potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:

- a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
 b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
 c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlicę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
 Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 d) zapalenie wielokorzeniowe.
 Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
 Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
 Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn,
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerkii.
 Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
 Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
 a) barkowe,
 b) biodrowe,
 c) łokciowe,
 d) kolanowe,
 e) nadgarstkowe,
 f) skokowe,
 g) międzypalcikowe rąk lub śródręczno-palcikowe,
 h) międzypalcikowe stóp lub śródstopno-palcikowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żyłaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 26) **sepsę (posocznice)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.
 Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z pięciu poniższych narządów lub układów:
 a) ośrodkowy układ nerwowy,
 b) układ krążenia,
 c) układ oddechowy,
 d) układ krwiotwórczy,
 e) nerki,
 f) wątroba.
 Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane,

- które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;
 - 29) **teżca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyn produkowanej przez laseczki teżca. Odpowiadamy wyłącznie za taki teżec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki tocień rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
 - a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
 - 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
 - 32) **udar mózgu**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
 - a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
 - 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
 - a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
 - 34) **utratę kończyny**, która jest amputacją powyżej nadgarstka lub powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
 - 35) **utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowana chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
 - 36) **utratę słuchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 37) **utratę wzroku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcie optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 38) **wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodzące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrzężnicy;
 - 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
 - 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
 - 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
 - 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pnii tętnicy płucnej;
 - 44) **zawał serca**, który jest martwicą komórek mięśnia sercowego spowodowaną jego przedłużonym niedokrwieniem. Zakres ochrony obejmuje ostry zawał serca, czyli taki, który jest potwierdzony wzrostem lub spadkiem wartości biochemicznego markera tej martwicy, tzw. troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:

- a) kliniczne objawy niedokrwienia,
 - b) zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ścian serca stwierdzone w badaniach obrazowych,
 - d) zakrzep w tętnicy wieńcowej stwierdzony w badaniu angiograficznym lub w autopsji;
- Odpowiadamy również za taki zawał serca, który jest związany z:
- a) przezskórną interwencją wieńcową – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 5-krotnie górną granicę normy,
 - b) pomostowaniem tętnic wieńcowych – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 10-krotnie górną granicę normy;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
1)	anemia aplastyczna	1)	anemia aplastyczna	1)	anemia aplastyczna	1)	anemia aplastyczna
2)	niezłośliwy guz mózgu	2)	bakteryjne zapalenie wsierdza	2)	bakteryjne zapalenie wsierdza	2)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3)	nowotwór złośliwy	3)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3)	bakteryjne zapalenie wsierdza
		4)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4)	bąblowiec mózgu
		5)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		6)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		7)	niezłośliwy guz mózgu	7)	choroba Alzheimera	7)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
		8)	nowotwór złośliwy	8)	choroba Creutzfeldta-Jakoba	8)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
		9)	zator tętnicy płucnej	9)	choroba Huntingtona	9)	choroba Alzheimera
		10)	zawał serca	10)	choroba neuronu ruchowego	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
				11)	choroba Parkinsona	11)	choroba Huntingtona
				12)	niezłośliwy guz mózgu	12)	choroba Leśniowskiego-Crohna
				13)	nowotwór złośliwy	13)	choroba neuronu ruchowego
				14)	ropień mózgu	14)	choroba Parkinsona
				15)	stwardnienie rozsiane	15)	ciężkie oparzenie
				16)	udar mózgu	16)	gruźlica
				17)	zator tętnicy płucnej	17)	kleszczowe zapalenie mózgu
				18)	zawał serca	18)	neuroborelioza

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
			19) niezłośliwy guz mózgu
			20) nowotwór złośliwy
			21) paraliż
			22) przewlekła niewydolność nerek
			23) reumatoidalne zapalenie stawów
			24) ropień mózgu
			25) schyłkowa niewydolność wątroby
			26) sepsa
			27) stwardnienie rozsiane
			28) śpiączka
			29) tężec
			30) toczeń
			31) transplantacja
			32) udar mózgu
			33) uraz czaszkowo-mózgowy
			34) utrata kończyny
			35) utrata mowy
			36) utrata słuchu
			37) utrata wzroku
			38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego
			39) wścieklizna
			40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
			41) zakażenie wirusem HIV zawodowe
			42) zakażona martwica trzustki
			43) zator tętnicy płucnej

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
						44)	zawał serca
						45)	zgorzeł gazowa

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA
ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków MCGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy zdarzenie w życiu ubezpieczonego, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby u małżonka albo partnera życiowego. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego 3 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja onkowsparcie),
 - wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego 10 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja onko-kardiowsparcie),
 - wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego 18 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja onko-kardio-neurowsparcie),
 - wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego 45 ciężkich chorób wskazanych w OWU (opcja multiwsparcie),
- które zaistniało w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Jeśli wystąpi u małżonka albo partnera życiowego ciężka choroba w okresie naszej ochrony wypłacimy Ci 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia ciężkiej choroby.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Ubezpieczający, który zawarł umowę ubezpieczenia dodatkowego w określonej opcji ubezpieczenia, może zmienić opcję ubezpieczenia na inną, za naszą zgodą, w dowolnym momencie.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, w którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni. Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- ponownego wystąpienia danej ciężkiej choroby, która już wystąpiła u małżonka albo partnera życiowego,
- nie dostarczenia kompletu dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- ponownego wystąpienia nowotworu złośliwego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego, o kodzie warunków MCGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–3 OWU pkt 5–7 OWU pkt 14 OWU pkt 23–27 OWU pkt 28 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–3 OWU pkt 8–14 OWU pkt 15–17 OWU pkt 28 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

Kod OWU: MCGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka albo partnera życiowego uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 2) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;
- 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 5) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paralizu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tęžca, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru, utraty mowy, utraty słuchu lub utraty wzroku, wrzodzącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,
 - b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunosupresyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwpłukowego, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV,
 - e) **zapaźnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.

2. Naszą ochroną obejmujemy wystąpienie ciężkich chorób, o których mowa w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie ciężkiej choroby u małżonka albo partnera życiowego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;

- 4) multiwsparcie.
6. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie w Twoim życiu, którym jest wystąpienie u Twojego małżonka albo partnera życiowego ciężkiej choroby, która spełnia następujące warunki:
 - 1) jest zgodna z naszą definicją wskazaną w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wystąpiła w okresie naszej ochrony;
 - 4) wystąpiła przed ukończeniem przez małżonka albo partnera życiowego 70 lat.
7. Jeśli wystąpi u Twojego małżonka albo partnera życiowego ciężka choroba, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
 - 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje ciężkiej choroby, jeśli powstała u małżonka albo partnera życiowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli małżonek albo partner życiowy prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 5) w przypadku, gdy małżonek albo partner życiowy był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) w przypadku samookaleczenia się małżonka albo partnera życiowego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera życiowego;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez małżonka albo partnera życiowego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 9) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) w wyniku zawodowego uprawiania sportu przez małżonka albo partnera życiowego.
10. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - 1) schyłkowej niewydolności wątroby – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
 - 2) śpiączki – spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
 - 3) udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
 - 4) w przypadku zgłoszenia choroby Alzheimera – otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
 - 5) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
 - 6) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej – operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
 - 7) w przypadku zgłoszenia chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca – zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 8) w przypadku zgłoszenia choroby Parkinsona – parkinsonizmu objawowego;
 - 9) w przypadku zgłoszenia niezłośliwego guza mózgu – torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwaków mózgu, guzów przysadki mózgowej;

- 10) w przypadku zgłoszenia nowotworu złośliwego:
 - a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
 - b) zmian o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
 - d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
 - e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
 - f) złośliwego gruczolaka krokowego (prostata, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
 - g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
 - h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
 - 11) w przypadku zgłoszenia przewlekłej niewydolności nerek – ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
- 11. Nasza ochrona nie obejmuje także:**
- 1) chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego tętniaka aorty brzusznej lub rozwarstwienie aorty brzusznej;
 - 2) chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego tętniaka aorty piersiowej lub rozwarstwienie aorty piersiowej;
 - 3) chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca metodą by-pass, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca;
 - 4) chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego zastawkową wadę serca, która była przyczyną tego leczenia chirurgicznego;
 - 5) przewlekłej niewydolności nerek, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek;
 - 6) śpiączki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nowotwór, cukrzycę, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, które były przyczyną śpiączki;
 - 7) transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej małżonek albo partner życiowy został wpisany na listę oczekujących na przeszczep;
 - 8) udaru mózgu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, miażdżycę naczyń mózgowych;
 - 9) utraty kończyn, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego cukrzycę lub miażdżycę tętnic kończyn dolnych, które były przyczyną amputacji;
 - 10) utraty mowy, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego raka krtani, który był przyczyną utraty mowy;
 - 11) utraty słuchu, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego nowotwór lub otosklerozę, które były przyczyną utraty słuchu;
 - 12) utraty wzroku, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego zwyrodnienie plamki żółtej, jaskrę lub cukrzycę, które były przyczyną utraty wzroku;
 - 13) zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego hemofilii;
 - 14) zakażonej martwicy trzustki, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego ostre zapalenie trzustki lub przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 15) zatoru tętnicy płucnej, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę zakrzepowo-zatorową;
 - 16) zawału serca, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano u małżonka albo partnera życiowego chorobę niedokrwinną serca lub wystąpił zawał serca.
- 12. Nasza ochrona nie obejmuje ciężkich chorób, wskazanych w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto u Twojego małżonka albo partnera życiowego postępowanie diagnostyczno-lecznicze, zanim rozpoczął się okres naszej ochrony.**
- 13. Wyłączenie odpowiedzialności z pkt 12 nie dotyczy:**
- a) sytuacji, w których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się i zakończyło przed ukończeniem przez Twojego małżonka albo partnera życiowego 18 lat,
 - b) ciężkich chorób, w przypadku których nie istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poprzednim a obecnym wystąpieniem takiej samej choroby.
- 14. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona wygasa w zakresie tej choroby. W przypadku nowotworu złośliwego wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.**

KARENCAJA

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

- 15. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.**
- 16. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli ciężka choroba była wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.**
- 17. Jeśli zmienisz opcję ubezpieczenia, karencję stosujemy dla tych ciężkich chorób, które nie były objęte naszą ochroną w poprzedniej opcji ubezpieczenia.**



OPCJE UBEZPIECZENIA

– kiedy można je wprowadzić lub zmienić

18. Ubezpieczający może wybrać jedną z czterech opcji ubezpieczenia, to jest: onkowsparcie, onko-kardiowsparcie, onko-kardio-neurowsparcie albo multiwsparcie.
19. Za naszą zgodą ubezpieczający może zmienić opcję ubezpieczenia na inną w dowolnym momencie.
20. Aby zmienić opcję ubezpieczenia, ubezpieczający składa wniosek. Nowa opcja ubezpieczenia obowiązuje od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym został złożony wniosek.
21. Jeśli zmieniasz opcję ubezpieczenia, okres naszej ochrony dla poprzedniej opcji ubezpieczenia kończy się w dniu, w którym zaczyna się okres naszej ochrony dla nowej opcji ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 17.
22. Możesz zmienić opcję ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy. Zmiana opcji oznacza jednocześnie zmianę wariantu ubezpieczenia. Warunki zmiany wariantu opisaliśmy w ubezpieczeniu podstawowym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze w razie ciężkiej choroby

23. Jeśli wystąpi u Twojego małżonka albo partnera życiowego ciężka choroba, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) zgodę na przetwarzanie danych osobowych Twojego małżonka albo partnera życiowego oraz upoważnienie przez Twojego małżonka albo partnera życiowego kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania nam informacji, w tym do przekazywania nam kopii dokumentacji medycznej, które dotyczą stanu zdrowia Twojego małżonka albo partnera życiowego;
 - 3) Twój akt małżeństwa;
 - 4) taką dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie ciężkiej choroby, w przypadku oparzeń – ich stopień i powierzchnię;
 - 5) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 6) taką dokumentację, która potwierdza okoliczności wypadku – w przypadku ciężkiej choroby w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
24. Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
25. Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
26. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
27. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23, 24 i 26 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (nieodkrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatrii w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingтона**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingтона, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, która potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.

Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenia, które wymagały hospitalizacji i obejmowały:

- a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
 - b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
 - c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlica**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroborelioze**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju *Borrelia*, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
- a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.
- Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwy guz mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do zdolności procesu nowotworowego;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn,
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerki.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
- a) barkowe,
 - b) biodrowe,
 - c) łokciowe,
 - d) kolanowe,
 - e) nadgarstkowe,
 - f) skokowe,
 - g) międzypalcikowe rąk lub śródręczno-palcikowe,
 - h) międzypalcikowe stóp lub śródstopno-palcikowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny. Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żyłaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie;
- 26) **sepsę (posocznicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z pięciu poniższych narządów lub układów:
- a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
- Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie

rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;

- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów;
- 29) **tęžca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tęžca. Odpowiadamy wyłącznie za taki tęžec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie;
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest amputacją powyżej nadgarstka lub powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowana chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **utratę słuchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **utratę wzroku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcie optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodzące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrzężnicy;
- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest martwicą komórek mięśnia sercowego spowodowaną jego przedłużonym niedokrwieniem. Zakres ochrony obejmuje ostry zawał serca, czyli taki, który jest potwierdzony wzrostem lub spadkiem wartości biochemicznego markera tej martwicy, tzw. troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy

normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:

- a) kliniczne objawy niedokrwienia,
- b) zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
- c) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ścian serca stwierdzone w badaniach obrazowych,
- d) zakrzep w tętnicy wieńcowej stwierdzony w badaniu angiograficznym lub w autopsji;

Odpowiadamy również za taki zawał serca, który jest związany z:

- a) przeszskórną interwencją wieńcową – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 5-krotnie górną granicę normy,
- b) pomostowaniem tętnic wieńcowych – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 10-krotnie górną granicę normy;

- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1)	anemia aplastyczna	1)	anemia aplastyczna	1)	anemia aplastyczna
2)	niezłośliwy guz mózgu	2)	bakteryjne zapalenie wsierdzia	2)	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3)	nowotwór złośliwy	3)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
		4)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4)	bąblowiec mózgu
		5)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5)	chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
		6)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6)	chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
		7)	niezłośliwy guz mózgu	7)	chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
		8)	nowotwór złośliwy	8)	chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
		9)	zator tętnicy płucnej	9)	choroba Alzheimera
		10)	zawał serca	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
				11)	choroba Parkinsona
				12)	niezłośliwy guz mózgu
				13)	nowotwór złośliwy
				14)	ropień mózgu
				15)	stwardnienie rozsiane
				16)	udar mózgu
				17)	zator tętnicy płucnej
				18)	zawał serca
					neuroborelioza

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
			19) niezłośliwy guz mózgu
			20) nowotwór złośliwy
			21) paraliż
			22) przewlekła niewydolność nerek
			23) reumatoidalne zapalenie stawów
			24) ropień mózgu
			25) schyłkowa niewydolność wątroby
			26) sepsa
			27) stwardnienie rozsiane
			28) śpiączka
			29) tężec
			30) toczeń
			31) transplantacja
			32) udar mózgu
			33) uraz czaszkowo-mózgowy
			34) utrata kończyny
			35) utrata mowy
			36) utrata słuchu
			37) utrata wzroku
			38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego
			39) wścieklizna
			40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
			41) zakażenie wirusem HIV zawodowe
			42) zakażona martwica trzustki
			43) zator tętnicy płucnej

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
						44)	zawał serca
						45)	zgorzeł gazowa

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, o kodzie warunków LSGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu z powodu:

- 1) choroby;
 - 2) nieszczęśliwego wypadku
- w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany chorobą albo nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 3 dni. Zapłacimy świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa w Polsce, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli pobyt w szpitalu był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- pobytu w szpitalu, który trwał mniej niż 4 dni,
- pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego naszą odpowiedzialnością pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą,
- pobytu w szpitalu nie spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, o kodzie warunków LSGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–8 OWU pkt 12 OWU pkt 14–16 OWU pkt 17 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 9–11 OWU pkt 12 OWU pkt 13 OWU pkt 17 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO

Kod OWU: LSGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego;
 - 2) **leczenie szpitalne** – stacjonarne leczenie:
 - a) stanów nagłych, w których opóźnienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia, lub
 - b) stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
 - 3) **pobyt w szpitalu** – całodobowy pobyt w szpitalu w Polsce, który trwa nieprzerwanie dłużej niż 3 dni i ma na celu leczenie szpitalne;
 - 4) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego;
 - 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój pobyt w szpitalu z powodu:
 - 1) choroby;
 - 2) nieszczęśliwego wypadku– w okresie naszej ochrony.
5. Za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia – z uwzględnieniem pkt 6.
6. Jeśli Twój pobyt w szpitalu:
 - 1) jest konsekwencją nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się podczas naszej ochrony;
 - 2) jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 3) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku– za każdy dzień pobytu przez pierwsze 14 dni wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia.
7. Jeśli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem naszej ochrony, za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku wypłacimy 0,5% sumy ubezpieczenia.
8. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

9. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
- 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
10. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i uzależnień;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w wyniku wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepodatności;
 - 16) w wyniku wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w wyniku rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
11. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:
- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 10.17);
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli za ile dni pobytu w szpitalu zapłacimy

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

KARENCA

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

13. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli pobyt w szpitalu był wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po pobycie w szpitalu

14. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:

1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:

a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu,

b) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – gdy zakończysz pobyt w szpitalu;

3) dokument, który potwierdza rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego – gdy składasz wniosek o wypłatę świadczenia w trakcie pobytu w szpitalu.

15. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

16. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 14 i 15 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, o kodzie warunków LPGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, którą wystąpią w okresie naszej ochrony:

- 1) pobyt w szpitalu z powodu:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypadku komunikacyjnego,
 - c) wypadku przy pracy,
 - d) wystąpienia ciężkiej choroby;
- 2) rekonwalescencji – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni;
- 3) pobyt na OIT;
– pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę za pobyt w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

- 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i

- 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.

Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego:

- 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i

- 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.

Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy:

- 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i

- 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.

Wyplacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu, w czasie którego wystąpiła dana ciężka choroba, w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem związanym z wystąpieniem danej ciężkiej choroby.

Jeśli przebywałeś na OIT, wypłacimy świadczenie jednorazowo w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.

Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie wraz z:

- 1) ubezpieczeniem podstawowym oraz
- 2) dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego i umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa przez 24 godziny na dobę na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OIT oraz rekonwalescencja jest wynikiem:

- 1) nieszczęśliwego wypadku,
- 2) wypadku komunikacyjnego,
- 3) wypadku przy pracy

– który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym lub dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- pobytu w szpitalu, który trwał mniej niż 4 dni,
- pobytu na OIT, który trwał nieprzerwanie mniej niż 48 godzin,
- pobytu w szpitalu w krajach nie objętych ochroną.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus, o kodzie warunków LPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 5–14 OWU pkt 19–20 OWU pkt 23–25 OWU pkt 26 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 5–6 OWU pkt 15–18 OWU pkt 19–20 OWU pkt 21–22 OWU pkt 26 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

Kod OWU: LPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego Plus uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ciężka choroba** – tylko taka choroba, uraz lub operacja chirurgiczna, które są objęte naszą ochroną. Listę ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego. Zakres ciężkich chorób jest taki sam jak wybrany w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby;
- 2) **OIT** – Oddział Intensywnej Terapii wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt, który umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.
Za pobyt na OIT nie uważamy pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym ani diabetologicznym – nawet jeśli Twoje podstawowe czynności życiowe były stale monitorowane lub jeśli podjęto czynności zastępcze w razie niewydolności Twoich narządów lub układów ustroju;
- 3) **pobyt na OIT** – pobyt na OIT, który trwa nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;
- 4) **rekonwalescencja** – maksymalnie 30-dniowy nieprzerwany pobyt na zwolnieniu lekarskim bezpośrednio po pobycie w szpitalu. Zwolnienie lekarskie musi Ci wydać oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie;
- 5) **statek** – pasażerski albo towarowy statek morski albo statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy – statkiem nie są okręty wojenne;
- 6) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 7) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 8) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli brałeś w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli byłeś pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu.
Wypadkiem komunikacyjnym nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego,
 - c) ruchem samolotu (pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych) – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy samolot:
 - został uszkodzony lub zniszczony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu,
 - d) ruchem statku – jeśli byłeś członkiem załogi lub pasażerem, gdy statek:
 - zatonął lub został uszkodzony albo
 - zaginął lub znajduje się w miejscu, do którego nie ma dostępu;
- 9) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ciebie:
 - a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń Twoich przełożonychw ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych;
- 10) **wystąpienie ciężkiej choroby**, oznaczające zaistnienie w okresie naszej ochrony następujących okoliczności:
 - a) **zdiagnozowania** – w przypadku: bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, bakteryjnego zapalenia

wsierdzia, choroby Alzheimera, choroby Creutzfeldta-Jakoba, choroby Huntingtona, choroby Leśniowskiego-Crohna, choroby neuronu ruchowego, choroby Parkinsona, ciężkiego oparzenia, kleszczowego zapalenia mózgu, neuroboreliozy, nowotworu złośliwego, paraliżu, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, tęcza, toczenia, urazu czaszkowo-mózgowego, udaru, utraty mowy, utraty słuchu lub utraty wzroku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, wścieklizny, zatoru tętnicy płucnej, zawału serca, zgorzeli gazowej,

- b) **specjalistycznego leczenia** – w przypadku: anemii aplastycznej – rozpoczęcia leczenia immunosupresyjnego, immunostymulacyjnego lub wykonania transplantacji szpiku, gruźlicy – rozpoczęcia leczenia przeciwprątкового, przewlekłej niewydolności nerek – rozpoczęcia stałej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki,
 - c) **przeprowadzenia operacji** – w przypadku: bąblowca mózgu, chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej, chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej, chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca – by-pass, chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca, niezłośliwego guza mózgu, ropnia mózgu, transplantacji, utraty kończyny, zakażonej martwicy trzustki,
 - d) **zakażenia** – w przypadku: zakażenia wirusem HIV,
 - e) **zapidnięcia w śpiączkę** – w przypadku: śpiączki.
2. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.
3. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia musisz przystąpić do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe zdarzenia, którą wystąpią w okresie naszej ochrony:
- 1) pobyt w szpitalu z powodu:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,
 - b) wypadku komunikacyjnego,
 - c) wypadku przy pracy,
 - d) wystąpienia ciężkiej choroby;
 - 2) rekonwalescencję – jeśli Twój pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni;
 - 3) pobyt na OIT – pod warunkiem, że uznamy naszą ochronę za pobyt w szpitalu na podstawie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
6. Naszą ochroną obejmujemy pobyt w szpitalu oraz na OIT w krajach Unii Europejskiej oraz w Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie.
7. Ta umowa rozszerza naszą ochronę wskazaną w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego o pobyt w szpitalu na terenie krajów wymienionych w pkt 6.
8. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
- 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
9. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego:
- 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku komunikacyjnym.
10. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy:
- 1) w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem spowodowanym danym wypadkiem przy pracy i
 - 2) jeśli rozpoczął się nie później niż 14 dni po wypadku przy pracy.
11. Wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu, w czasie którego wystąpiła dana ciężka choroba, w pierwszych 14 dniach tego pobytu – pod warunkiem, że ten pobyt jest Twoim pierwszym pobytem związanym z wystąpieniem danej ciężkiej choroby.
12. Jeśli przebywasz na OIT, wypłacimy świadczenie jednorazowo w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
13. Za każdy dzień rekonwalescencji wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia, który jest określony w polisie oraz potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia.
14. Wypłatę ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu pobytu w szpitalu.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

- 15.** Dla celów określenia wyłączenia naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:
- a) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - b) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować: związek sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - c) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasiłki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
- 16.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem naszej ochrony lub pobytu w szpitalu, który nastąpił:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii– jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. produktów;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) w wyniku padaczki – poza padaczką objawową, która jest objawem innej choroby oraz wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, nerwicy i ułameczeń;
 - 12) w wyniku chorób z powodu obniżenia odporności organizmu w przebiegu zakażenia wirusem HIV;
 - 13) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych – chyba że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) w wyniku wykonywania badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych – które służą ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych, które nie wynikają z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu) oraz obserwacji na wniosek sądu;
 - 15) w wyniku leczenia niepodatności;
 - 16) w wyniku wykonywania operacji kosmetycznych lub plastycznych – w tym operacji zmiany płci – z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej, którą wykryto w okresie naszej ochrony;
 - 17) w wyniku rehabilitacji – z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu ubezpieczonego z powodu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, jeśli pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego ochroną pobytu w szpitalu ubezpieczonego, który był związany – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą;
 - 18) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
- 17.** Nasze ubezpieczenie nie obejmuje Twojego pobytu:
- 1) w hospicjach, placówkach lecznictwa odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych, zakładach opiekuńczo-leczniczych ani zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - 2) w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – w szczególności w sanatoriach, prewentoriach ani szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych ani rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
 - 3) w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych – z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w pkt 16.17);
 - 4) na oddziałach dziennych ani w takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

18. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje rekonwalescencji, jeśli:

- 1) Twój pobyt w szpitalu, po którym bezpośrednio następuje rekonwalescencja, był spowodowany leczeniem niepłodności;
- 2) rekonwalescencja odbyła się w okresie Twojego urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

19. Zapłacimy maksymalnie za:

- 1) 90 dni pobytu w szpitalu – łącznie z tej umowy i dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego;
- 2) 90 dni rekonwalescencji
– w każdym 12-miesięcznym okresie między rocznicami polisy.

20. Jeśli będziesz przebywać w szpitalu lub na OIT w czasie rekonwalescencji, to wypłacimy świadczenie:

- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie za pobyt na OIT albo
- 2) za rekonwalescencję
– według Twojego wyboru.

Decydujesz o tym, składając wniosek o wypłatę:

- 1) za pobyt w szpitalu i ewentualnie pobyt na OIT albo
- 2) za rekonwalescencję.

KARENCAJA

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

21. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

22. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli pobyt w szpitalu, pobyt na OIT oraz rekonwalescencja jest wynikiem:

- 1) nieszczęśliwego wypadku,
- 2) wypadku komunikacyjnego,
- 3) wypadku przy pracy
– który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po pobycie w szpitalu

23. W razie pobytu w szpitalu, dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia. Możesz dostarczyć go:
 - a) gdy zakończysz pobyt w szpitalu, jeśli nie było rekonwalescencji,
 - b) gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję,
 - c) w trakcie pobytu w szpitalu – po 30. lub 60. dniu;
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową z OIT – gdy zakończysz pobyt w szpitalu i rekonwalescencję;
- 3) dokument, który potwierdza pobyt w szpitalu lub kartę wypisową z OIT, wydane przez lekarza prowadzącego – w trakcie pobytu w szpitalu;
- 4) w razie rekonwalescencji – dodatkowo kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez ubezpieczającego albo zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego o pobieranym zasiłku chorobowym w związku z Twoim pobytem na zwolnieniu lekarskim, które wydał szpital.

24. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.

25. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 23 i 24 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SZPITALNEGO PLUS

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (niedokrwistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bąblowca mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasiecmca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatry w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera. Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingтона**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingтона, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, która potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przeżęczenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,

c) zwiększone napięcie mięśni.

Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego;

- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,
b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlica**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwrątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroborelioze**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiałków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego.
Nasza ochrona nie obejmuje:
a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
b) zmian o cechach dysplazji,
c) ziarniaki złośliwej w pierwszym stadium,
d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
e) brodawkowatego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
f) złośliwego gruczolu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn,
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jedynej nerkii. Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
a) barkowe,
b) biodrowe,
c) łokciowe,
d) kolanowe,
e) nadgarstkowe,
f) skokowe,
g) międzypaliczkowe rąk lub śródręczno-paliczkowe,
h) międzypaliczkowe stóp lub śródstopno-paliczkowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki. Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny.

- Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby. Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie. Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 26) **sepsę (posocnicę)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny. Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z pięciu poniższych narządów lub układów:
- a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.
- Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
- 29) **teżca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyn produkowanej przez laseczki teżca. Odpowiadamy wyłącznie za taki teżecę, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegającą z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego. Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.
- Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest amputacją powyżej nadgarstka lub powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka, spowodowana chorobą krtani. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **utratę słuchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby. Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **utratę wzroku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby.

Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcie optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 38) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;
- 39) **wściekliczne**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wściekliczny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wścieklicznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwiczym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest martwicą komórek mięśnia sercowego spowodowaną jego przedłużonym niedokrwieniem. Zakres ochrony obejmuje ostry zawał serca, czyli taki, który jest potwierdzony wzrostem lub spadkiem wartości biochemicznego markera tej martwicy, tzw. troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:
 - a) kliniczne objawy niedokrwienia,
 - b) zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ścian serca stwierdzone w badaniach obrazowych,
 - d) zakrzep w tętnicy wieńcowej stwierdzony w badaniu angiograficznym lub w autopsji;
 Odpowiadamy również za taki zawał serca, który jest związany z:
 - a) przeszskórną interwencją wieńcową – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 5-krotnie górną granicę normy,
 - b) pomostowaniem tętnic wieńcowych – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 10-krotnie górną granicę normy;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego. Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna	1) anemia aplastyczna	1) anemia aplastyczna	1) anemia aplastyczna
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
	8) nowotwór złośliwy	8) choroba Creutzfeldta-Jakoba	8) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
	9) zator tętnicy płucnej	9) choroba Huntingtona	9) choroba Alzheimera

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
		10)	zawał serca	10)	choroba neuronu ruchowego	10)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
				11)	choroba Parkinsona	11)	choroba Huntingtona
				12)	niezłośliwy guz mózgu	12)	choroba Leśniowskiego-Crohna
				13)	nowotwór złośliwy	13)	choroba neuronu ruchowego
				14)	ropień mózgu	14)	choroba Parkinsona
				15)	stwardnienie rozsiane	15)	ciężkie oparzenie
				16)	udar mózgu	16)	gruźlica
				17)	zator tętnicy płucnej	17)	kleszczowe zapalenie mózgu
				18)	zawał serca	18)	neuroborelioza
						19)	niezłośliwy guz mózgu
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie
						35) utrata mowy
						36) utrata słuchu
						37) utrata wzroku
						38) wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39) wścieklizna
						40) zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41) zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42) zakażona martwica trzustki
						43) zator tętnicy płucnej
						44) zawał serca
						45) zgorzeł gazowa

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, o kodzie warunków LCGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ciebie w okresie naszej ochrony specjalistycznego leczenia tj.:

- opcja onkowsparcie – chemioterapia albo radioterapia,
- opcja onko-kardiowsparcie – ablacja, chemioterapia albo radioterapia, wszczepienie kardiowertera-defibrylatora, wszczepienie stymulatora resynchronizującego, wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika),
- opcja onko-kardio-neurowsparcie – ablacja, chemioterapia albo radioterapia, terapia interferonowa, wszczepienie kardiowertera-defibrylatora, wszczepienie stymulatora resynchronizującego, wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika).

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:

- podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
- pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora,
- pierwszego wszczepienia stałego stymulatora serca (rozrusznika),
- pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego,
- wykonania pierwszej ablacji.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

Odpowiedzialność ponosimy, jeśli specjalistyczne leczenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- podania ubezpieczonemu każdej kolejnej dawki promieniowania jonizującego.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, o kodzie warunków LCGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–7 OWU pkt 10–13 OWU pkt 16–18 OWU pkt 19 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 8 OWU pkt 9–13 OWU pkt 14–15 OWU pkt 19 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

 na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Kod OWU: LCGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **ablacja** – zabieg, który polega na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru serca, który powoduje powstawanie zaburzeń rytmu serca.
Odpowiadamy wyłącznie za ablację, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę;
- 2) **chemioterapia** – metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem leków przeciwnowotworowych, należących do grupy L01 klasyfikacji ATC.
Odpowiadamy wyłącznie za chemioterapię systemową choroby nowotworowej, czyli taką, której działaniu poddano cały organizm;
- 3) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- 4) **terapia interferonowa** – podawanie interferonu drogą pozajelitową.
Odpowiadamy wyłącznie za taką terapię interferonową, którą zastosowano w leczeniu stwardnienia rozsianego;
- 5) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 6) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 7) **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – zabieg implantacji do ciała chorego urządzenia z funkcją defibrylacji i kardiowersji, w celu przerwania groźnych dla życia arytmii.
Odpowiadamy wyłącznie za wszczepienie kardiowertera-defibrylatora na stałe;
- 8) **wszczepienie stałego stymulatora serca (rozrusznika)** – zabieg implantacji do ciała chorego urządzenia z funkcją stymulacji serca, w celu pobudzenia czynności elektrycznej serca.
Odpowiadamy wyłącznie za wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika) na stałe;
- 9) **wszczepienie stymulatora resynchronizującego** – zabieg implantacji do ciała chorego urządzenia z funkcją synchronizacji skurczu serca, w celu leczenia niewydolności serca.
Odpowiadamy wyłącznie za wszczepienie stymulatora resynchronizującego na stałe.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

4. Ubezpieczenie występuje w trzech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie.

5. Opcja Twojego specjalistycznego leczenia odpowiada opcji ubezpieczenia wybranej w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby. Wyjątkiem jest opcja multiwsparcie. Jeśli ubezpieczający wybrał w dodatkowym

grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby opcję multiwsparcie, to w tym ubezpieczeniu stosujemy opcję onko-kardio-neurowsparcie.

6. Zakres ubezpieczenia obejmuje specjalistyczne leczenie, które spełnia następujące warunki:
 - 1) jest zgodne z naszą definicją wskazaną w pkt 1;
 - 2) jest w Twojej opcji ubezpieczenia, którą znajdziesz w potwierdzeniu zakresu ubezpieczenia;
 - 3) rozpoczęło się w okresie naszej ochrony.
7. W razie wystąpienia u Ciebie specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony, wypłacimy 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego;
 - 3) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
 - 4) pierwszego wszczepienia stałego stymulatora serca (rozrusznika);
 - 5) pierwszego wszczepienia stymulatora resynchronizującego;
 - 6) wykonania pierwszej ablacji.

Poniżej znajdziesz informację, jakie specjalistyczne leczenia zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie	
1)	chemioterapia albo radioterapia	1)	ablacja	1)	ablacja
		2)	chemioterapia albo radioterapia	2)	chemioterapia albo radioterapia
		3)	wszczepienie kardiowertera-defibrylatora	3)	terapia interferonowa
		4)	wszczepienie stymulatora resynchronizującego	4)	wszczepienie kardiowertera-defibrylatora
		5)	wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)	5)	wszczepienie stymulatora resynchronizującego
				6)	wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika)

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Nasza ochrona nie obejmuje:
 - 1) zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 lub immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC jako jedynej metody leczenia nowotworu – w przypadku chemioterapii;
 - 2) zastosowania leków przeciwnowotworowych grupy L01 klasyfikacji ATC podawanych bezpośrednio w obręb nowotworu – w przypadku chemioterapii;
 - 3) zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego – w przypadku wszczepienia kardiowertera-defibrylatora, wszczepienia stałego stymulatora serca, wszczepienia stymulatora resynchronizującego.

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

9. Nasze ubezpieczenie obejmuje pierwsze zastosowanie danego specjalistycznego leczenia wskazanego w OWU w okresie naszej ochrony, z uwzględnieniem pkt 10 i 11.
10. W przypadku chemioterapii albo radioterapii wypłacimy kolejne świadczenie, o ile nie ma związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy obecnym a poprzednim leczeniem.
11. Nasza ochrona obejmuje kolejne specjalistyczne leczenie, jeżeli poprzednie zakończyło się przed ukończeniem przez Ciebie 18 lat.
12. Jeśli wypłacimy świadczenie po:
 - 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii;
 - 3) terapii interferonowej;
 - 4) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
 - 5) wszczepieniu stymulatora resynchronizującego;
 - 6) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika);
 – to nasza ochrona dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.
13. W razie przeprowadzenia u Ciebie radioterapii jak i chemioterapii to świadczenie wypłacamy tylko za jeden z tych rodzajów leczenia.

KARENCJA

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

14. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 90 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

15. Odpowiedzialność ponosimy, jeśli specjalistyczne leczenie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po specjalistycznym leczeniu

16. Po specjalistycznym leczeniu dostarcz nam:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) taką dokumentację medyczną, która potwierdza specjalistyczne leczenie.

17. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić o inne niezbędne dokumenty.

18. O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 16 i 17 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, o kodzie warunków OPGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie w okresie naszej ochrony tylko takich operacji chirurgicznych, które łącznie spełniają poniższe warunki:

- są wymienione w Wykazie Operacji Chirurgicznych, stanowiącym załącznik do OWU,
- istniały w stosunku do nich wskazania medyczne warunkujące konieczność ich wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Jeśli przejdiesz operację, wypłacimy:

- 1) 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację I klasy;
- 2) 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację II klasy;
- 3) 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację III klasy;
- 4) 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację IV klasy;
- 5) 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdiesz operację V klasy.

Wypłatę świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa w Polsce, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do umowy. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli operacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- wykonania kilku operacji chirurgicznych w okresie 60 dni, liczonym od daty wykonania pierwszej operacji chirurgicznej w tym okresie – wypłacamy wówczas świadczenie tylko za jedną operację chirurgiczną, za którą przysługuje najwyższa wysokość świadczenia,
- operacji, co do której nie istniały wskazania medyczne warunkujące konieczność jej wykonania w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby albo zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- operacji, która jest kolejną operacją chirurgiczną tego samego narządu, pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją chirurgiczną, wykonaną w ramach leczenia tego samego stanu chorobowego lub skutków tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych, o kodzie warunków OPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–3 OWU pkt 5–7 OWU pkt 11 OWU pkt 13–17 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–3 OWU pkt 8–10 OWU pkt 11 OWU pkt 12 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Kod OWU: OPGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:
 - 1) **choroba** – stan organizmu, który polega na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
 - 2) **operacja** – operacja chirurgiczna, którą wykonuje lekarz medycyny w placówce medycznej w Polsce w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym;
 - 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
 - 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką.
2. W Wykazie operacji chirurgicznych, który jest załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego, używamy terminów:
 - 1) **usunięcie** – całkowite usunięcie narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 2) **wycięcie** – częściowe lub całkowite wycięcie tkanki, narządu, struktury ciała lub zmiany patologicznej;
 - 3) **zmiana** – patologiczny rozrost komórek danej tkanki, narządu lub układu.
3. Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWU, zdefiniowaliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

4. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

5. Zakres ubezpieczenia obejmuje wykonanie tylko takich operacji, które spełniają wszystkie poniższe warunki:
 - 1) są przeprowadzone w okresie naszej ochrony;
 - 2) są wymienione w Wykazie operacji chirurgicznych, będącym załącznikiem do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
 - 3) są przeprowadzone, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku – i są konieczne ze wskazań medycznych.
6. Jeśli przejdziesz operację, wypłacimy:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację I klasy;
 - 2) 50% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację II klasy;
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację III klasy;
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację IV klasy;
 - 5) 5% sumy ubezpieczenia – jeśli przejdziesz operację V klasy.
7. Wypłatę świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu wykonania operacji.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

8. Dla celów określenia wyłączeń naszej ochrony używamy terminu zawodowe uprawianie sportu – jest to uprawianie dyscyplin sportowych przez:

- 1) członków kadry klubów, którzy biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te – w odniesieniu do gier zespołowych – muszą organizować związki sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 2) osoby, które uprawiają sporty indywidualne i biorą udział w rozgrywkach profesjonalnych, ogólnokrajowych lub międzynarodowych. Rozgrywki te muszą organizować związki sportowy lub federacja sportu zawodowego właściwe dla danej dyscypliny – lub
 - 3) osoby, które otrzymują wynagrodzenie, a także stypendium lub zwrot kosztów związanych z uprawianiem sportu indywidualnego lub gier zespołowych (diety, zasilki) – na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej.
- 9. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje operacji, której konieczność wykonania nastąpiła:**
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku katastrof, które powodują skażenie promieniotwórcze, chemiczne bądź biologiczne;
 - 3) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 5) w wyniku wypadku komunikacyjnego – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli ktoś z tych okoliczności miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 6) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na konieczność wykonania operacji;
 - 7) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 8) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 9) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego;
 - 10) wskutek uszkodzeń ciała, które były spowodowane leczeniem lub zabiegami diagnostycznymi, bez względu na to, kto je wykonywał – chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 11) ponieważ ubezpieczony uprawiał sport zawodowo lub uprawiał rekreacyjnie sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, sporty lotnicze, wspinaczkę wysokogórską i skałkową, speleologię, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, skoki do wody, skoki na linie (ang. bungee jumping).
- 10. Nasza ochrona nie obejmuje operacji, jeśli:**
- 1) wykonano ją, a nie była konieczna ze wskazań medycznych, aby wyleczyć lub zmniejszyć objawy choroby albo zmniejszyć skutki nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) ubezpieczony był dawcą organów lub narządów;
 - 3) wykonano ją w celu kosmetycznym lub estetycznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony lub
 - b) choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie naszej ochrony;
 - 4) wykonano ją w celu antykoncepcyjnym;
 - 5) wykonano ją, aby zmniejszyć lub powiększyć piersi oraz zmienić płeć;
 - 6) wykonano ją w celu stomatologicznym – z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie naszej ochrony;
 - 7) wykonano ją w celach diagnostycznych;
 - 8) była związana z usunięciem ciała obcego metodą endoskopową;
 - 9) była związana z wymianą wszczepionego na stałe urządzenia, sztucznego narządu lub części sztucznego narządu;
 - 10) była to kolejna operacja tego samego narządu, i pozostawała w związku przyczynowo-skutkowym z pierwszą operacją wykonaną, aby leczyć ten sam stan chorobowy lub skutki tego samego nieszczęśliwego wypadku (reoperacja).

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy z ubezpieczenia

- 11. Jeśli przejdiesz kilka operacji w okresie 60 dni – licząc od daty wykonania pierwszej operacji w tym okresie – wypłacimy pieniądze tylko za jedną operację – za którą przysługuje najwyższa wypłata.**

KARENCAJA

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

- 12. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 180 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia. Ponosimy jednak odpowiedzialność, jeśli operacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w ciągu tych 180 dni.**

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po operacji

- 13.** Jeśli przejdiesz operację, dostarcz nam:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kartę informacyjną z placówki medycznej, która potwierdza wykonanie operacji.
- 14.** Możemy dodatkowo:
 - 1) poprosić o opinię lekarza, którego wskażemy;
 - 2) zlecić badania medyczne– jeśli będzie to potrzebne.
- 15.** Pokrywamy koszty opinii lekarza oraz badań medycznych, które zlecamy.
- 16.** Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że wypłata świadczenia Ci się należy i w jakiej wysokości, możemy poprosić Cię o inne niezbędne dokumenty.
- 17.** O wypłacie świadczenia decydujemy na podstawie wymienionej w pkt 13, 14 i 16 dokumentacji.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH



Załącznik do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Układ nerwowy		Obustronne wycięcie nadnerczy	III
Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	IV	Operacja szyszynki	
Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	IV	Wycięcie przysadki mózgowej	I
Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	III	Zniszczenie przysadki mózgowej	I
Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	IV	Częściowe wycięcie grasicy	IV
Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	III	Całkowite wycięcie grasicy	III
Drenaż krwiaka śródmózgowego	III	Torakoskopowe wycięcie grasicy	IV
Lobotomia/traktotomia	II	Transplantacja grasicy	
Wycięcie zmiany opony mózgu	III	Wycięcie zmiany piersi	IV
Wycięcie tkanki mózgu	III	Subtotalna mamektomia	III
Wycięcie guza mózdzku	III	Wycięcie brodawki sutkowej	V
Usunięcie ropnia mózdzku	III	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	V
Wycięcie guza pnia mózgu	III	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	III
Rekonstrukcja opon mózgowych	III	Obustronne całkowite wycięcie piersi	II
Operacja przepukliny mózgowej	III	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	III
Wentrykulostomia	III	Jednostronny wszczep do piersi	IV
Pozaczaszkowy drenaż mózgu	III	Przeszczep skóry na pierś	IV
Wszczepienie stimulatora mózgu	III	Przeszczep uszypułowany na pierś	IV
Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu	III	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skómo-mięśniowym	IV
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	IV	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	II
Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	IV	Oko	
Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Wycięcie gruczołu łzowego	V
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	V	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	V
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	III	Wycięcie woreczka/ dróg łzowych	V
Rekonstrukcja nerwu obwodowego	V	Zespoleń dróg łzowych z jamą nosową	V
Odbarczenie nerwu czaszkowego	III	Wycięcie zmiany ze spojówki	V
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	III	Operacja naprawcza skałeczenia spojówki	V
Operacja naprawcze nerwu obwodowego	III	Usunięcie zrostów spojówki lub/i powieki	V
Operacja naprawcze nerwu współczulnego	V	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	V
Wszczepienie neurostimulatora rdzenia kręgowego	III	Wycięcie skrzydła rogówki	V
Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	III	Przeszczep rogówki	V
Przecięcie ciała modelowego – kalozotomia	I	Nacięcie tęczówki	V
Drenaż przestrzeni podpajęczynkowej	IV	Usunięcie zrostów tęczówki	V
Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyńniowego opon mózgowych	IV	Wycięcie tęczówki	V
Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynkowej	IV	Wycięcie zmiany tęczówki	V
Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	IV	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	V
Kauteryzacja spłotu naczyńniowego opon mózgowych	IV	Wytworzenie przetoki twardówki	V
Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	IV	Usunięcie zmiany twardówki	V
Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	IV	Naprawa garbiaka twardówki	V
Drenaż wodniaka śródczaszkowego	IV	Wzmocnienie twardówki	V
Dekortekcja opon mózgu	IV	Usunięcie soczewki lub wprowadzenie sztucznej soczewki	IV
Wycięcie zmiany tkanki mózgu	III	Usunięcie ciała szklistego	V
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I	Usunięcie mięśnia okoruchowego	IV
Usunięcie ropnia pnia mózgu	II	Wycięcie gałki ocznej	III
Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	III	Zabieg naprawczy wielu struktur oka	III
Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	III	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	III
Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	III	Wycięcie zmiany oczodołu	III
Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	IV	Osteoplastyka oczodołu	III
Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	IV	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciała rzęskowego	V
Sympatektomia szyjna	III		
Sympatektomia lędźwiowa	III	Ucho	
Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	III	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	IV
Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	III	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
Przeszczep opony twardej mózgu	III	Operacja naprawcza błony bębenkowej	V
Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Operacja naprawcza wyrostka sutkowego	IV
Częściowe wycięcie tarczycy	IV	Wycięcie zmiany ucha środkowego	IV
Całkowite wycięcie tarczycy	III	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	III
Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	III	Drenaż ucha wewnętrznego	IV
Częściowe wycięcie przytarczyc	IV	Abłacja struktur ucha wewnętrznego	III
Całkowite wycięcie przytarczyc	III	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	III
Częściowe wycięcie nadnerczy	IV		

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja przetoki ucha wewnętrznego	IV	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	V
Wszczepienie protezy ślimaka	III	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	V
Wytworzenie przetoki limfatycznej	IV	Wycięcie języczka	V
Odbarczenie błędnika	III	Wycięcie zmiany migdałka	V
Układ oddechowy		Przewód pokarmowy	
Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	V	Częściowe wycięcie przetyku	III
Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	V	Całkowite wycięcie przetyku	II
Wycięcie nosa	III	Śródpiersiowe zespolenie omijające przetyku	II
Otwarcie zatoki szczękowej	V	Wytworzenie sztucznego przetyku	II
Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	V	Zamostkowe wytworzenie przetyku	II
Wyłonienie zatoki szczękowej	V	Przedmostkowe zespolenie omijające przetyku	II
Otwarcie zatoki czołowej	V	Wprowadzenie endoprotezy przetyku	III
Wycięcie zmiany zatoki czołowej	V	Szycie rozerwania przetyku	IV
Obliteracja zatoki czołowej	V	Usunięcie zwężenia przetyku	IV
Wycięcie zatoki czołowej	V	Podwiązanie żyłaków przetyku	IV
Otwarcie komórek sitowych	V	Jednoczasowe usunięcie przetyku i żołądka	I
Wycięcie komórek sitowych	V	Wytworzenie przetoki przetykowej	IV
Otwarcie zatoki klinowej	V	Operacja przetoki żołądkowej	IV
Usunięcie zatoki klinowej	V	Podwiązanie żyłaków wpustu żołądka	IV
Otwarcie wielu zatok nosa	V	Pyloromyotomia	IV
Wycięcie gardła	III	Pyloroplastyka	IV
Wycięcie zmiany gardła	V	Częściowe wycięcie żołądka	III
Rozszerzanie gardła	V	Całkowite wycięcie żołądka	II
Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	V	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	IV
Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	V	Zaszycie wrzodu żołądka	IV
Zamknięcie przetoki gardła	V	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	IV
Wycięcie częściowe krtni	IV	Zespolenie omijające żołądka	III
Wycięcie całkowite krtni	III	Operacja antyrefluksowa	IV
Wycięcie zmiany krtni	V	Szycie rozerwania żołądka	IV
Rozszerzenie krtni	V	Inwersja uchylka żołądka	IV
Operacja przetoki krtni	V	Wycięcie dwunastnicy	III
Wycięcie chrząstki krtni	IV	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	IV
Operacja naprawcza krtni	IV	Wagotomia choroby wrzodowej dwunastnicy	IV
Wycięcie strun głosowych	IV	Zespolenie omijające dwunastnicy	III
Wszczepienie protezy głosowej	III	Operacja przetoki dwunastniczej	IV
Jednoczasowe wycięcie krtni i gardła	II	Szycie rozerwanej dwunastnicy	IV
Przeszczep krtni	I	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	III
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	V	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	II
Operacja naprawcza tchawicy	IV	Zespolenie omijające jelita cienkiego	III
Operacja przetoki tchawicy	IV	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	IV
Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtni i tchawicy	I	Wyłonienie jelita cienkiego	IV
Częściowe wycięcie tchawicy	III	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	IV
Operacja naprawcza oskrzela	IV	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	IV
Operacja przetoki oskrzelowej	IV	Odprowadzenie skrętu jelita	IV
Wycięcie zmiany oskrzela	IV	Odprowadzenie włóknienia jelita	IV
Wycięcie oskrzela	III	Ufiksovanie jelita cienkiego	IV
Wycięcie zmiany płuca	III	Plikacja jelita cienkiego	IV
Wycięcie płuca	II	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	V
Przeszczep płuca	I	Wycięcie kąticy	III
Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	I	Operacja przepukliny przeponowej	III
Wycięcie zmiany śródpiersia	III	Wycięcie poprzeczny	III
Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	V	Hemikolektomia prawostronna	II
Jama ustna		Hemikolektomia lewostronna	II
Wycięcie zmiany języka	V	Wycięcie esicy	III
Częściowe wycięcie języka	V	Totalna śródbrzuszna kolektomia	I
Całkowite usunięcie języka	IV	Zespolenie omijające jelita grubego	III
Wycięcie zmiany ślinianki	V	Operacja przetoki jelita grubego	IV
Częściowe wycięcie ślinianki	V	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	II
Całkowite usunięcie ślinianki	V	Wyłonienie jelita grubego	IV
Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	V	Plikacja jelita grubego	IV
Zamknięcie przetoki ślinowej	V	Ufiksovanie jelita grubego	IV
Wycięcie zmiany podniebienia twardego	V	Szycie rozerwania jelita grubego	IV
Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	V	Odbarczenie zarośniętego odbytu	IV
Korekcja deformacji podniebienia	IV	Opierszczenie odbytu	IV
Wycięcie zmiany wargi	V	Operacja przetoki odbytu	IV
		Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	IV
		Operacja wypadającego odbytu	IV
		Wycięcie odbytu	III

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Szycie rozerwania odbytnicy	IV	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	IV
Wycięcie odbytnicy	III	Wszczepienie systemu stymulującego serce	V
Ufiksovowanie odbytnicy	IV	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	V
Przeszczep mięśnia smukłego	IV	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	V
Wycięcie wyrostka robaczkowego	V	Otwarta koronaroplastyka	III
Narządy jamy brzusznej		Operacje beleczek mięśniowych serca	III
Częściowe wycięcie śledziony	IV	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	III
Całkowite wycięcie śledziony	III	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	IV
Wycięcie zmiany śledziony	IV	Przezkórne zamknięcie uszka przedsionka	IV
Przeszczep śledziony	III	Naczynia tętnicze oraz żyłne	
Częściowe wycięcie wątroby	III	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	IV
Całkowite wycięcie wątroby	II	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	IV
Wycięcie zmiany wątroby	IV	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	IV
Przeszczep wątroby	I	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	IV
Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	IV	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	III
Ufiksovowanie wątroby	III	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	III
Zespolenie przewodu wątrobowego	III	Operacja naprawcza aorty	III
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	V	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	III
Wycięcie zmiany trzustki	III	Rekonstrukcja innej tętnicy	IV
Cholecystostomia	V	Szycie tętnicy	IV
Szycie przewodu żółciowego	V	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	IV
Wycięcie dróg żółciowych	III	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	III
Zespolenie przewodu żółciowego	III	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	IV
Wycięcie zmiany dróg żółciowych	IV	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	IV
Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	III	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	V
Wycięcie brodawki Vatera	IV	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	III
Wycięcie przewodu pęcherzykowego	V	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	IV
Wytworzenie przetoki torbIELI trzustki	IV	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	IV
Częściowe wycięcie trzustki	III	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	III
Całkowite wycięcie trzustki	II	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	III
Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	I	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	III
Operacja Whipplea	I	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	IV
Zespolenie trzustki	III	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	IV
Zespolenie przewodu trzustkowego	III	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	IV
Serce		Zespolenie żył jamy brzusznej	III
Zamknięta walwulotomia	IV	Układ moczowy	
Otwarta walwuloplastyka	III	Operacja nerki przez nefrostomię	IV
Wszczepienie zastawki aortalnej	II	Operacja torbIELI nerki	V
Wszczepienie zastawki mitralnej	II	Usunięcie kamienia z nerki	V
Wszczepienie zastawki płucnej	II	Pielostomia	V
Wszczepienie zastawki trójdzielnej	II	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	IV
Operacja naprawcza pierścienia zastawki	III	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	IV
Przezkórna walwuloplastyka	III	Ablacja termiczna zmiany nerki	IV
Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	IV	Wycięcie kielicha nerkowego	IV
Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	III	Częściowe wycięcie nerki	IV
Zamknięcie ubytku międzykomorowego	III	Całkowite wycięcie nerki	III
Zamknięcie ubytku przegrody serca	III	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	I
Korekja całkowita zespołu Fallota	I	Przeszczep nerki	I
Operacja naprawcza złożonych wad wielkich naczyń	I	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	III
Całkowita korekja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	I	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	IV
Korekja całkowita wspólnego pnia tętniczego	V	Operacja przetoki nerkowej	IV
Przezkórna walwuloplastyka wieńcowa	I	Zespolenie układu moczowego	IV
Pomostowanie tętnic wieńcowych	III	Plastyka układu moczowego	IV
Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	III	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	V
Operacje mięśni brodawkowatych serca	IV	Usunięcie kamienia z układu moczowego	V
Operacje nici ścięgniętych serca	IV	Usunięcie ciała obcego z układu moczowego	V
Wycięcie osierdzia	III	Usunięcie przeszkody z układu moczowego	V
Operacja naprawcza tętniaka serca	III	Usunięcie zmiany z moczowodu	V
Wycięcie tętniaka serca	III	Korekja zwężenia moczowodu	V
Przebudowanie komory serca	III	Nacięcie moczowodu	V
Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	III	Częściowe wycięcie moczowodu	V
Przeszczep serca	I	Całkowite usunięcie moczowodu	IV
Wszczepienie sztucznego serca	I	Operacja przetoki moczowodowej	IV

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	IV	Częściowe wycięcie prącia	V
Wszczepienie moczowodu do jelita	IV	Protezowanie prącia	IV
Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodu	III	Reimplantacja prącia	IV
Reimplantacja moczowodu	IV	Operacja naprawcza prącia	V
Zeszyście rany moczowodu	V	Operacja naprawcza napletka	V
Zamknięcie przetoki moczowodu	IV	Wycięcie moszny	IV
Umocowanie moczowodu	V	Żeński układ rozrodczy	
Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaostrzewowym	IV	Operacja gruczołu Bartholina	V
Operacja przeciwdrożdżowa zewnątrzpęcherzowa	IV	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	V
Uzupełnienie moczowodu wszczepem	V	Zamknięcie zatoki Douglasa	V
Protezowanie moczowodu	IV	Wycięcie zmiany pochwy	V
Sfaldowanie moczowodu	V	Wycięcie pochwy	IV
Uwolnienie moczowodu ze zrostów	V	Operacja naprawcza pochwy	IV
Wszczepienie elektronicznego stimulatora moczowodu	IV	Operacja przetoki pochwowej	IV
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	V	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	IV
Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	IV	Wycięcie zmiany sromu	V
Plastyka pęcherza i cewki moczowej	III	Wycięcie sromu	IV
Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	IV	Uwolnienie zrostów sromu	V
Plastyka ujścia pęcherza moczowego	IV	Operacja lechtaczki	V
Sfaldowanie ujścia pęcherza moczowego	IV	Operacja jajnika i/lub jajowodu	V
Korekcja zwężenia cewki moczowej	V	Obustronne wycięcie jajników i/lub jajowodów	IV
Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	V	Wycięcie zmiany szyjki macicy	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Usunięcie mięśniaków macicy	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	V	Wycięcie zmiany trzonu macicy	V
Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	IV	Usunięcie tkanki trzonu macicy	V
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV	Operacja naprawcza przegrody macicy	V
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	III	Usunięcie zrostów macicy	V
Operacja przetoki pochwowej	IV	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	V
Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	III	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	V
Operacja naprawcza cewki moczowej	V	Szybie rozdarcia macicy	V
Operacja przetoki cewki moczowej	IV	Zamknięcie przetoki macicy	V
Sfaldowanie cewki moczowej	V	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	V
Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	V	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	V
Wszczepienie protezy cewki moczowej	V	Wycięcie macicy	IV
Operacja spodziectwa	V	Operacje aparatu zawieszającego macicę	IV
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	IV	Skóra	
Wycięcie lub zniszczenie tkanki stercza	V	Przeszczep wolny skóry	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany stercza	V	Przeszczep płata skóry owłosionej	V
Całkowite wycięcie stercza	IV	Przeszczep innej niż własna tkanka do skóry	V
Wycięcie zmiany cewki moczowej	V	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	V
Wycięcie uchyłka cewki moczowej	V	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	V
Operacja przetoki moczowodowej	IV	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-	V
Operacja przetoki pęcherza moczowego	IV	Przeszczep płata skórno-powierzchniowego	IV
Operacja przetoki macicznej	IV	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	V
Rekonstrukcja pęcherza moczowego	III	Przeszczep śluzówki	V
Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	IV	Tkanki miękkie	
Wszczepienie elektronicznego stimulatora pęcherza moczowego	V	Uwolnienie ścięgna	V
Częściowe wycięcie cewki moczowej	V	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	V
Całkowite wycięcie cewki moczowej	IV	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	IV
Narządy płciowe męskie		Dekortykacja płuca	IV
Operacja wodniaka jądra	V	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	III
Wycięcie zmiany jądra	V	Operacja naprawcza przepony	III
Jednostronne wycięcie jądra	V	Szybie rany przepony	III
Wycięcie jedyne jądra	V	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	IV
Wycięcie obu jąder jednoczasowe	IV	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	IV
Srowadzenie jąder	V	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	V
Protezowanie jądra	V	Operacja przepukliny pepkowej	V
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny udowej jednostronna	V
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	V	Operacja przepukliny udowej obustronna	IV
Operacja pęcherzyków nasiennych	V	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	V
Operacja najądrza	V	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	V
Wycięcie najądrza	V	Plikacja przepony	IV
Wycięcie nasieniowodu	V	Operacja moczownika	V
Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	V	Wycięcie tkanek otrzewnowej	V
Całkowite wycięcie prącia	IV		

Nazwa procedury	Klasa	Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza dotycząca sieci	V	Uwolnienie torebki stawowej	V
Operacja naprawcza dotycząca kreszki jelita	V	Uwolnienie stawu	V
Wycięcie zmiany otwartej	V	Uwolnienie więzadła	V
Uwolnienie zrostów otwrotnowych	V	Otwarte nastawienie zwłknięcia	IV
Operacja przewodu limfatycznego	IV	Wycięcie łętki kolana	V
Wycięcie ścięgna	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	IV
Wycięcie torbieli gąłaretowatej pochwki ścięgna	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	IV
Operacja kałetki	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	IV
Wycięcie powięzi	V	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	IV
Wycięcie mięśnia	V	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	V
Uwolnienie przykurczu mięśnia	V	Operacja stabilizująca staw barkowy	IV
Operacja naprawcza ścięgna	V	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	V
Operacja naprawcza mięśnia	V	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	V
Przeszczepienie mięśnia	IV	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	V
Uwolnienie mięśnia	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	III
Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	IV	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	IV
Zabieg naprawczy optycznej	IV	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	V	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	IV
Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	V	Całkowita endoproteza nadgarstka	III
Operacja naprawcza przepukliny łędźwiowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	IV
Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	V	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	IV
Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	V	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	IV
Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	V	Policyzacja palca	IV
Operacja naprawcza otwartej	V	Całkowita rekonstrukcja kciuka	IV
Wycięcie pochwki ścięgna	V	Korekta stopy końsko-szpatawej	IV
Operacja naprawcza dotycząca powięzi	V	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	IV
Kości i stawy szkieletu i kręgosłupa		Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	IV
Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	III	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	III
Uzupełnienie ubytku kości czaszki	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	III
Otwarte nastawienie złamania kości nosa	IV	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	III
Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	V	Całkowite wycięcie kości ektopowej	IV
Wycięcie kości twarzoczaszki	IV	Częściowe wycięcie kości ektopowej	V
Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	IV	Pozostałe	
Otwarte nastawienie złamania szczęki	IV	Amputacja kciuka	IV
Otwarte nastawienie złamania żuchwy	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	IV
Otwarte nastawienie kości twarzy	IV	Wyłuszczenie nadgarstka	III
Otwarte nastawienie złamania oczodołu	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	III
Przeszczep kostny kości twarzy	IV	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	III
Otwarte nastawienie zwłknięcia stawu skroniowo-żuchwowego	IV	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	III
Częściowe wycięcie żuchwy	IV	Wyłuszczenie w stawie barkowym	III
Całkowite wycięcie żuchwy	III	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	II
Wycięcie krawka międzykręgowego kręgosłupa	IV	Amputacja palucha	IV
Usunięcie przepukliny jądra miążdżystego	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	IV
Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	IV	Wyłuszczenie w stawie skokowym	III
Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Operacja złamania kręgu	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	III
Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	III	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	III
Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	IV	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Wycięcie zmiany kości	V	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	II
Wycięcie martwaka kości	V	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	II
Osteotomia bez rozdzielania (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kciuka	IV
Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	III
Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	IV	Replantacja palucha	IV
Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	III
Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	III
Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	V	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	III
Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	IV	Przeszczep całej twarzy	I
Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	IV		

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy, o kodzie warunków NPGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W okresie trwania umowy możesz skorzystać z usług medycznych w zależności od wybranej opcji:

- wypadek na drodze albo wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują z tytułu wystąpienia jednego rodzaju wypadku,
- wypadek na drodze i wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują z tytułu wystąpienia każdego z dwóch wypadków – niezależnie czy wystąpiły osobno czy łącznie.

Jeśli wystąpi u Ciebie wypadek na drodze i/lub wypadek w pracy, zapewnimy:

- konsultacje lekarskie,
- badania diagnostyczne,
- zabiegi rehabilitacyjne.

Usługi medyczne organizujemy i finansujemy do wyczerpania się ich limitu ilościowego i nie dłużej niż przez 1 rok – licząc od dnia uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie działa na całym świecie.

W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku usługi medyczne realizowane są we wskazanych placówkach medycznych na terenie Polski.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- nie dostarczenia dokumentów niezbędnych dla ustalenia zasadności roszczenia,
- wypadku na drodze – jeśli prowadziłeś pojazd:
 - bez uprawnień,
 - po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
- o ile którakolwiek z wymienionych okoliczności miała wpływ na zajście tego wypadku,
- Twojej nietrzeźwości, pozostawania pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile którakolwiek z wymienionych okoliczności miała wpływ na zajście wypadku.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy, o kodzie warunków NPGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4 OWU pkt 5–6 OWU pkt 8 OWU pkt 9–11 OWU pkt 15 OWU pkt 18 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7 OWU pkt 18 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Kod OWU: NPGP36

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne uchwałą nr UZ/228/2018 z dnia 5 listopada 2018 roku (zwane dalej OWU).

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów, ruchu pieszych, jazdy wierzchem lub pędzenia zwierząt;
- 2) **placówka medyczna** – placówka, która należy do naszej sieci placówek (przychodnia, gabinet lekarski lub laboratorium). Lista placówek jest dostępna na stronie pzu.pl oraz w Oddziałach PZU;
- 3) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 4) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 5) **usługi medyczne** – świadczenia, które znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **wypadek na drodze** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
 - a) ruchem pojazdu na drodze – jeśli ubezpieczony brał w nim udział jako uczestnik ruchu (zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym, która definiuje uczestnika ruchu jako „pieszego, kierującego a także inne osoby przebywające w pojeździe i na pojeździe znajdującym się na drodze”). Pojazdem jest również tramwaj,
 - b) ruchem pojazdu kolejowego, którego porusza pojazd trakcyjny (pojazd z własnym napędem) oraz metra – jeśli ubezpieczony był pasażerem albo członkiem załogi tego pojazdu. Wypadkiem na drodze nie jest wypadek, który dotyczy kolejowego transportu wewnątrzzakładowego oraz transportu linowego i linowo-terenowego.Wypadek na drodze jest to wyłącznie takie zdarzenie drogowe, podczas którego wystąpiło u Ciebie naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia.
- 7) **wypadek w pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego:
 - a) zwykłych czynności lub
 - b) poleceń przełożonychw ramach stosunku prawnego, za który opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w systemie ubezpieczeń społecznych;
- 8) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek będący:
 - a) wypadkiem na drodze lub
 - b) wypadkiem w pracy lub
 - c) wypadkiem na drodze i wypadkiem w pracy, które wystąpiły łącznie.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli za jakie zdarzenie otrzymasz opiekę medyczną

4. W okresie trwania umowy możesz skorzystać z usług medycznych w zależności od wybranej przez ubezpieczającego opcji:

- 1) wypadek na drodze albo wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują z tytułu wystąpienia jednego rodzaju wypadku,

- 2) wypadek na drodze i wypadek w pracy – usługi medyczne przysługują z tytułu wystąpienia każdego z dwóch wypadków – niezależnie czy wystąpiły osobno czy łącznie.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UMOWY

– czyli jakie usługi medyczne możesz otrzymać

5. Jeśli wystąpi u Ciebie wypadek ubezpieczeniowy, zapewniamy:

- 1) konsultacje lekarskie;
- 2) badania diagnostyczne;
- 3) zabiegi rehabilitacyjne.

Usługi medyczne, które oferujemy, znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

6. Usługi medyczne organizujemy i finansujemy do wyczerpania się ich limitu ilościowego (który znajdziesz w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego) i nie dłużej niż przez 1 rok – licząc od dnia uzyskania prawa do korzystania z usług medycznych na zasadach opisanych w pkt 12.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie otrzymasz opieki medycznej z ubezpieczenia

7. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje wypadku ubezpieczeniowego, który wydarzył się przed początkiem okresu naszej ochrony lub wydarzył się:
- 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku wypadku na drodze – jeśli ubezpieczony prowadził pojazd:
 - a) bez uprawnień,
 - b) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 - jeśli któraś z tych okoliczności miała wpływ na zajście tego wypadku;
 - 5) ponieważ ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zajście wypadku;
 - 6) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 7) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia;
 - 8) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.

UPRAWNIENI DO USŁUG MEDYCZNYCH

– czyli kto może korzystać z usług medycznych

8. Usługi medyczne przysługują Tobie.

REALIZACJA USŁUG MEDYCZNYCH

– czyli jak zacząć z nich korzystać

9. Osoba wnioskująca o usługi medyczne zobowiązana jest dostarczyć nam dokumentację, która potwierdza wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego:
- 1) dla wypadku na drodze – notatkę policyjną z miejsca zdarzenia lub inny dokument, który potwierdza okoliczności wypadku na drodze (np. kartę informacyjną ze szpitalnego oddziału ratunkowego, dokumenty sporządzone przez przybyły na miejsce wypadku zespół ratownictwa medycznego) oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem na drodze a potrzebą skorzystania z usług medycznych;
 - 2) dla wypadku w pracy – protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku w pracy lub dokumentację, która potwierdza przyznanie z tego tytułu świadczenia z ubezpieczenia społecznego.
10. Możemy poprosić o dostarczenie innych niezbędnych dokumentów, jeśli dokumenty już dostarczone nie wystarczą do potwierdzenia prawa do korzystania z usług medycznych.
11. Prawo do korzystania z usług medycznych będzie Ci przysługiwać jeśli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a potrzebą skorzystania z usług medycznych zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
12. W terminie do 30 dni od złożenia dokumentów otrzymasz decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych – jeśli złożone dokumenty potwierdzają wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego, będziesz mógł rozpocząć korzystanie z usług medycznych.

13. Jeżeli wyjaśnienie w tym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności okaże się niemożliwe, wydamy decyzję o prawie do korzystania z usług medycznych lub o odmowie w terminie do 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe przy zachowaniu należytej staranności.
14. W decyzji o odmowie prawa do korzystania z usług medycznych umieścimy informacje o przyczynach i podstawie odmowy oraz sposobie odwołania od tej decyzji.
15. Aby korzystać z usług medycznych – za naszym pośrednictwem – umawiasz termin usługi medycznej. Możesz to zrobić za pośrednictwem dostępnych kanałów określonych w załączniku do ubezpieczenia dodatkowego.
16. Wybierasz usługi medyczne zgodnie z posiadanym zakresem, a my wskazujemy Ci placówkę medyczną. W takim przypadku czas oczekiwania na konsultację lekarską wynosi do:
 - 1) 2 dni roboczych – do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internisty lub lekarza rodzinnego);
 - 2) 5 dni roboczych – do lekarzy pozostałych specjalizacji.
17. Możesz sam wskazać naszą placówkę medyczną, termin lub lekarza, o ile z nami współpracuje. W takim przypadku, czas oczekiwania na konsultację lekarską może być dłuższy – ustalony indywidualnie na podstawie dostępności wybranego specjalisty w tej placówce.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NA DRODZE LUB W PRACY – USŁUGI MEDYCZNE

Zakres świadczeń zdrowotnych czyli usługi medyczne, które może otrzymać ubezpieczony.

ZGŁOSZENIE WYSTĄPIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Jeśli wystąpi u Ciebie nieszczęśliwy wypadek na drodze lub w pracy objęty naszą ochroną zgłoś do nas świadczenie. Możesz to zrobić:

- wypełniając formularz internetowy dostępny na stronie pzu.pl,
- za pośrednictwem czatu video na pzu.pl,
- dzwoniąc na infolinię pod nr 801 102 102 lub 22 566 55 55 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- wysyłając SMS-a o treści szkoda pod nr 4102,
- osobiście w oddziale,
- za pośrednictwem agenta,
- wysyłając e-mail na kontakt@pzu.pl.

Z usług medycznych możesz skorzystać po otrzymaniu informacji o pozytywnym rozpatrzeniu zgłoszenia.

KONSULTACJE LEKARSKIE

- zadzwoń na całodobową infolinię 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- wypełnij formularz wizyty na stronie pzu.pl,
- użyj aplikacji mobilnej PZU Pomoc,
- wyślij SMS o treści „wizyta” na numer 4102.

Z konsultacji możesz korzystać bezpłatnie i bez skierowania. Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na konsultację w naszej placówce medycznej w obowiązujących godzinach przyjęć lekarzy.

Konsultacje specjalistyczne obejmują m.in.:

- wywiad i badanie przedmiotowe,
- diagnozę,
- informację o diagnostyce i sposobie leczenia,
- wystawienie recepty,
- kontrolę leczenia.

Konsultacje lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, profesor).

BADANIA DIAGNOSTYCZNE I ZABIEGI REHABILITACYJNE

Jeśli chcesz umówić się na badania lub zabiegi rehabilitacyjne:

- zadzwoń na całodobową infolinię 801 405 905 lub 22 56 65 666 (opłata zgodna z taryfą operatora).

Z badań lub zabiegów rehabilitacyjnych możesz skorzystać na podstawie skierowania od lekarza z naszej placówki medycznej. Terminy wizyty lub badań potwierdzamy SMS-em.

WYPADEK NA DRODZE

możliwość korzystania z pakietu medycznego po wypadku na drodze.

USŁUGA MEDYCZNA

LIMIT

KONSULTACJE LEKARSKIE

Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na wizytę w naszej placówce medycznej w godzinach przyjęć lekarzy. Wizyty specjalistyczne obejmują:

- wywiad i diagnozę,
- poradę oraz informację o sposobie leczenia,
- wystawienie recepty, o ile jest to uzasadnione.

Wizyty lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, docent, profesor).

- anesteziolog,
- chirurg ogólny,
- chirurg naczyniowy,
- dermatolog,
- diabetolog,
- endokrynolog,
- gastrolog,
- ginekolog,
- hematolog,
- hepatolog,
- kardiolog,
- lekarz specjalista rehabilitacji,

4



USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• nefrolog, • neurochirurg, • neurolog, • okulista, • ortopeda, • otolaryngolog, • proktolog, • psycholog • pulmonolog, • radiolog, • reumatolog, • urolog, • traumatolog.	4

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA

Jeśli chcesz umówić się na badanie radiologiczne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie i wskażemy Ci placówkę w której wykonasz poniższe badania.

• RTG czaszki, • RTG okolicy czołowej, • RTG zuchwy, • RTG szczęki, • RTG zatok nosa, • RTG nosa, • RTG oczodołu, • RTG okolicy nadoczodołowej, • RTG spojenia zuchwy, • RTG okolicy jarzmowo-szczękowej, • RTG krtani, • RTG przewodu nosowo-lzowego, • RTG nosogardzieli, • RTG gruczołów ślinowych, • RTG okolicy tarczycy, • RTG języzka, • RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego), • RTG barku, • RTG łopatk, • RTG mostka, • RTG żeber, • RTG stawów, • RTG ramienia, • RTG łokcia, • RTG przedramienia, • RTG nadgarstka, • RTG dłoni, • RTG palca, • RTG kończyny górnej, • RTG kończyny dolnej, • RTG miednicy, • RTG biodra, • RTG uda, • RTG kolana, • RTG podudzia, • RTG kostki, • RTG stopy, • RTG przeglądowe jamy brzusznej.	4
---	---

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

Jeśli chcesz umówić się na badanie ultrasonograficzne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie. Zakres usług nie obejmuje badania USG 3-D/4-D i USG genetycznego. W naszych placówkach wykonasz poniższe badania:

• USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne, • USG gruczołu krokowego transrektalne, • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne), • USG scriningowe ginekologiczne,	
--	--



USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• USG miednicy małej, • USG piersi, • USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy), • USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczow.), • USG tarczycy, • USG mięśni, • USG stawu biodrowego, • USG stawu kolanowego, • USG stawu łokciowego, • USG stawu skokowego, • USG stawu barkowego, • USG drobnych stawów i więzadeł, • USG ścięgna, • USG węzłów chłonnych, • USG krtani, • USG nadgarstka, • USG palca, • USG tkanek miękkich, • USG jąder, • USG ciąży, • echokardiografia (ECHO), • USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej, • USG dopplerowskie szyi, • USG dopplerowskie kończyn, • USG dopplerowskie tętnic nerkowych.	1
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK (ang. CT) I RM (ang. MRI) Jeśli chcesz umówić się na badanie obrazowe (tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny), potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT).	
• TK i RM całego kręgosłupa, • TK i RM klatki piersiowej, • TK i RM kości, • TK i RM kręgosłupa lędźwiowego, • TK i RM kręgosłupa piersiowego, • TK i RM kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi, • TK i RM miednicy, • TK i RM nadgarstka, • TK i RM podudzia, • TK i RM przedramienia, • TK i RM ramienia, • TK i RM ręki, • TK i RM stawów, • TK i RM stopy, • TK i RM uda.	2
• Kontrast do TK 100 ml, • Kontrast do TK 150 ml, • Kontrast do TK 50 ml, • Kontrast do TK doustny, • Kontrast do RM 10 ml, • Kontrast do RM 15 ml, • Kontrast do RM 20 ml, • Kontrast do RM 5 ml.	2
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Jeśli chcesz umówić się na zabiegi rehabilitacyjne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na zabiegi umawiasz się telefonicznie. W naszych placówkach wykonasz poniższe zabiegi.	
• ćwiczenia bierne, • ćwiczenia czynne w odciążeniu, • ćwiczenia czynne wolne, • ćwiczenia czynne z oporem, • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane, • ćwiczenia izometryczne,	100

USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• ćwiczenia ogólnousprawniające, • ćwiczenia specjalne, • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, • mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, • masaż podwodny, • masaż suchy całkowity, • masaż suchy częściowy, • elektrostymulacja, • prądy TENS, • prądy Traberta, • magnetoterapia, • kąpiel perełkowa/wirowa częściowa, • kąpiel perełkowa/wirowa kończyn.	100

WYPADEK W PRACY

możliwość korzystania z pakietu medycznego po przebyciu wypadku w pracy.

KONSULTACJE LEKARSKIE

Jeśli zachorujesz, umówimy Cię bez skierowania na wizytę w naszej placówce medycznej w godzinach przyjęć lekarzy.

Wizyty specjalistyczne obejmują:

- wywiad i diagnozę,
- poradę oraz informację o sposobie leczenia,
- wystawienie recepty, o ile jest to uzasadnione.

Wizyty lekarskie nie obejmują konsultacji profesorskich (lekarzy z tytułem naukowym: doktor habilitowany, docent, profesor).

- alergolog,
- chirurg ogólny,
- chirurg naczyniowy,
- dermatolog,
- diabetolog,
- endokrynolog,
- ginekolog,
- hematolog,
- hepatolog,
- kardiolog,
- lekarz chorób zakaźnych,
- lekarz specjalista rehabilitacji,
- nefrolog,
- neurochirurg,
- neurolog,
- okulista,
- ortopeda,
- otolaryngolog,
- proktolog,
- pulmonolog,
- radiolog,
- reumatolog,
- urolog,
- traumatolog.

2

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA

Jeśli chcesz umówić się na badanie radiologiczne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej.

Na badanie umawiasz się telefonicznie, a my wskazujemy Ci placówkę w której wykonasz poniższe badania.

- RTG czaszki,
- RTG okolicy czołowej,
- RTG żuchwy,
- RTG szczęki,
- RTG zatok nosa,
- RTG nosa,
- RTG oczodołu,
- RTG okolicy nadoczodołowej,
- RTG spojenia żuchwy,
- RTG okolicy jarzmowo-szczękowej,
- RTG krtani,
- RTG przewodu nosowo-łzowego,

3



USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
• RTG nosogardzieli, • RTG gruczołów ślinowych, • RTG okolicy tarczycy, • RTG języczka, • RTG tkanek miękkich klatki piersiowej, • RTG kręgosłupa (całego, szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego, kości guzicznej), • RTG barku, • RTG obojczyka, • RTG łopatk, • RTG mostka, • RTG żeber, • RTG stawów, • RTG ramienia, • RTG łokcia, • RTG przedramienia, • RTG nadgarstka, • RTG dłoni, • RTG palca, • RTG kończyny górnej, • RTG kończyny dolnej, • RTG miednicy, • RTG biodra, • RTG uda, • RTG kolana, • RTG podudzia, • RTG kostki, • RTG stopy, • RTG klatki piersiowej, • RTG przeglądowe jamy brzusznej.	3

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA

Jeśli chcesz umówić się na badanie ultrasonograficzne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej.

Na badanie umawiasz się telefonicznie. Zakres usług nie obejmuje badania USG 3-D/4-D i USG genetycznego. W naszych placówkach wykonasz poniższe badania:

- USG gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- USG gruczołu krokowego transrektalne,
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne,
- USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne),
- USG scriningowe ginekologiczne,
- USG miednicy małej,
- USG piersi,
- USG przeglądowe jamy brzusznej i przewodu pokarmowego (trzustki, wątroby, dróg żółciowych, żołądka, dwunastnicy),
- USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczow.),
- USG tarczycy,
- USG mięśni,
- USG stawu biodrowego,
- USG stawu kolanowego,
- USG stawu łokciowego,
- USG stawu skokowego,
- USG stawu barkowego,
- USG drobnych stawów i więzadeł,
- USG ścięgna,
- USG węzłów chłonnych,
- USG krtani,
- USG nadgarstka,
- USG palca,
- USG tkanek miękkich,
- USG jąder,
- USG ciąży,
- echokardiografia (ECHO),
- USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej,
- USG dopplerowskie naczyń szyi,
- USG dopplerowskie naczyń kończyn,
- USG dopplerowskie naczyń nerkowych.

1



USŁUGA MEDYCZNA	LIMIT
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA TK (ang. CT) I RM (ang. MRI) Jeśli chcesz umówić się na badanie obrazowe (tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny), potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na badanie umawiasz się telefonicznie (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HR-CT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii-MRI, HRT, OCT, SL-OCT).	
• TK i RM całego kręgosłupa, • TK i RM klatki piersiowej, • TK i RM kości, • TK i RM kręgosłupa lędźwiowego, • TK i RM kręgosłupa piersiowego, • TK i RM kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi, • TK i RM miednicy, • TK i RM nadgarstka, • TK i RM podudzia, • TK i RM przedramienia, • TK i RM ramienia, • TK i RM ręki, • TK i RM stawów, • TK i RM stopy, • TK i RM uda.	1
• Kontrast do TK 100 ml, • Kontrast do TK 150 ml, • Kontrast do TK 50 ml, • Kontrast do TK doustny, • Kontrast do RM 10 ml, • Kontrast do RM 15 ml, • Kontrast do RM 20 ml, • Kontrast do RM 5 ml.	1
REHABILITACJA AMBULATORYJNA Jeśli chcesz umówić się na zabiegi rehabilitacyjne, potrzebujesz skierowanie od lekarza z naszej placówki medycznej. Na zabiegi umawiasz się telefonicznie. W naszych placówkach wykonasz poniższe zabiegi.	
• balneologia, • ćwiczenia bierne, • ćwiczenia czynne w odciążeniu, • ćwiczenia czynne wolne, • ćwiczenia czynne z oporem, • ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane, • ćwiczenia izometryczne, • ćwiczenia ogólnousprawniające, • ćwiczenia specjalne, • elektrostymulacja, • fonoforeza, • jonoforeza, • laseroterapia punktowa, • masaż suchy częściowy, • metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, • prądy interferencyjne, • prądy tens, • ultradźwięki miejscowe, • zabiegi w kriokomorze.	40

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI
PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO
NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZŁAMANIA KOŚCI PRZEZ UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek złamania kości przez ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o kodzie warunków ZKGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje złamania kości, które nastąpiły w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej ochrony i jednocześnie są wymienione w OWU.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

W razie złamania kości wypłacimy świadczenie równe procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku dla określonego rodzaju złamania.

Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,

- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czyli czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- gdy ubezpieczony prowadził pojazd będąc w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- braku związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem kości,
- gdy złamanie kości powstało w wyniku samookaleczenia, usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

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

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

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

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

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

Kod OWU: ZKGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy i ile

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

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

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

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

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



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

OGRANICZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach i ile maksymalnie wypłacimy

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

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

– czyli kiedy wypłacimy Ci pieniądze po złamaniu kości

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, o kodzie warunków KZGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie zdarzenia medycznego (ciężkiej choroby) lub problemu zdrowotnego w okresie naszej ochrony.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Jeśli w czasie naszej ochrony wystąpi:

1) zdarzenie medyczne – wtedy zapewniamy usługi w ramach:

- a) Zagranicznej Konsultacji Medycznej,
- b) Prywatnej Opieki Domowej,
- c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
- d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego lub

2) problem zdrowotny – wtedy zapewniamy usługi w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego.

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa w Polsce.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym.

Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.

W okresie karencji możesz korzystać z:

- 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
- 2) zagranicznej konsultacji medycznej, o ile zdarzenie medyczne było skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku:

- zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia,
- gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, a spowodowało to zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego,
- zorganizowania usług przez Centrum Medyczne z powodu podania nieprawdy – koszty takich świadczeń ponosi ubezpieczony.

Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli dana sytuacja nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanej w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia konsultacja zagraniczna i assistance, o kodzie warunków KZGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 4–6 OWU pkt 7–54 OWU pkt 56–58 OWU pkt 61 OWU pkt 62–71 OWU pkt 72 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7–54 OWU pkt 55–58 OWU pkt 59–60 OWU pkt 72 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW na pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE

Kod OWU: KZGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

1. W OWU używamy terminów:

- 1) **Centrum Medyczne** – centrum, które zorganizował świadczeniodawca i które świadczy Ci usługi w ramach pakietów: Zagranicznej Konsultacji Medycznej, Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia oraz Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
- 2) **dom** – miejsce w Polsce, w którym aktualnie przebywasz;
- 3) **konsultant** – zagraniczna placówka medyczna, którą świadczeniodawca wyznaczył do konsultacji medycznych;
- 4) **lekarz Centrum Medycznego** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód lekarza i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
- 5) **opieka nad dziećmi** – opieka nad dziećmi do 15 lat lub osobami niesamodzielnymi, która polega na zapewnieniu im należytej egzystencji w zakresie podstawowych potrzeb bytowych i ochrony przed niebezpieczeństwami;
- 6) **osoba niesamodzielną** – osoba, z którą mieszkasz, która nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb oraz wymaga stałej opieki z powodu podeszłego wieku, złego stanu zdrowia lub wad wrodzonych;
- 7) **pielęgniarka** – osoba, która zgodnie z polskim prawem może wykonywać zawód pielęgniarki i która podpisała ze świadczeniodawcą umowę;
- 8) **pierwsza opinia** – orzeczenie o Twoim stanie zdrowia, które wydał Twój lekarz prowadzący, czyli lekarz, pod którego opieką pozostajesz (w Unii Europejskiej);
- 9) **placówki medyczne** – placówki w ramach lecznictwa otwartego lub zamkniętego, w zakresie publicznej lub prywatnej opieki zdrowotnej, które świadczą w Polsce usługi medyczne i które podpisały ze świadczeniodawcą umowę;
- 10) **problem zdrowotny** – problem, w wyniku którego potrzebujesz naszego wsparcia medycznego. Może nim być informacja medyczna lub pomoc w organizacji leczenia czy życia dnia codziennego;
- 11) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z nami umowę na organizowanie usług, które wskazaliśmy w OWU;
- 12) **transport medyczny** – transport, który zapewnia Ci Centrum Medyczne;
- 13) **ubezpieczenie** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają niniejsze OWU;
- 14) **ubezpieczenie podstawowe** – grupowe ubezpieczenie na życie PZU Pod Dobrą Opieką;
- 15) **usługi** – świadczenia, które oferujemy w tym ubezpieczeniu dodatkowym;
- 16) **zagraniczna konsultacja medyczna** – ponowna analiza dokumentacji medycznej – tym razem wykonywana przez zagranicznego konsultanta. Konsultacja nie jest wizytą – w ramach tej konsultacji otrzymasz na piśmie drugą opinię medyczną;
- 17) **zdarzenie medyczne** – ciężkie choroby w okresie naszej ochrony, które wymieniamy w załączniku do niniejszego ubezpieczenia dodatkowego;
- 18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie medyczne albo problem zdrowotny w okresie naszej ochrony.

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

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli w jakich przypadkach i jakie usługi zapewniamy

4. Ubezpieczenie występuje w czterech opcjach:

- 1) onkowsparcie;
- 2) onko-kardiowsparcie;
- 3) onko-kardio-neurowsparcie;
- 4) multiwsparcie

– z uwzględnieniem pkt 5.

5. Opcja ubezpieczenia jest taka sama jak opcja ubezpieczenia wybrana w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby.

6. W każdej z opcji zapewniamy usługi, jeśli w czasie naszej ochrony wystąpi:

- 1) zdarzenie medyczne – wtedy zapewniamy usługi w ramach:
 - a) Zagranicznej Konsultacji Medycznej,
 - b) Prywatnej Opieki Domowej,
 - c) Pomocy w Planowaniu Leczenia,
 - d) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznegolub
- 2) problem zdrowotny – wtedy zapewniamy usługi w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.

Szczegółowy opis usług znajdziesz poniżej.

ZAGRANICZNA KONSULTACJA MEDYCZNA

7. Poniższe usługi wykonujemy za pośrednictwem świadczeniodawcy – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:

- 1) udzielamy Ci informacji o dokumentacji medycznej, na podstawie której konsultant wydaje drugą opinię medyczną;
- 2) tłumaczymy dokumentację medyczną na język używany przez konsultanta;
- 3) przekazujemy dokumentację medyczną konsultantowi;
- 4) zapewniamy wydanie drugiej opinii medycznej przez konsultanta;
- 5) tłumaczymy drugą opinię medyczną na język polski;
- 6) udostępniamy Ci drugą opinię medyczną – w formie pisemnej opinii.

PRYWATNA OPIEKA DOMOWA

8. Poniższe usługi organizuje Centrum Medyczne – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne. Jeśli nie zaznaczyliśmy inaczej, są one dostępne od godziny 8.00 do najpóźniej godziny 22.00 – w Twoim domu lub innym miejscu w Polsce, które uzgodnimy z Tobą lub ze wskazaną przez Ciebie osobą. Uzgodnione miejsce musi umożliwiać wykonanie usługi. Są to:

- 1) opieka domowa pielęgniarstwa (zob. pkt 10-12);
- 2) pomoc w prowadzeniu domu (zob. pkt 13-15);
- 3) opieka nad dziećmi (zob. pkt 16-20);
- 4) opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi (zob. pkt 21-24);
- 5) wizyta domowa psychologa (zob. pkt 25-26);
- 6) wizyta domowa rehabilitanta lub masażysty (zob. pkt 27-28);
- 7) transport medyczny – przez całą dobę i w całej Polsce (zob. pkt 29-34);
- 8) dostarczenie niezbędnych leków – przez całą dobę (zob. pkt 35-39);
- 9) dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego (zob. pkt 40-43);
- 10) dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego (zob. pkt 44-48).

9. Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci w okresie naszej ochrony jedna usługa, którą wskazaliśmy powyżej, z uwzględnieniem zapisów poniżej dotyczących transportu medycznego.

Opieka domowa pielęgniarstwa

10. Centrum Medyczne organizuje i finansuje:

- 1) dojazd i honorarium pielęgniarstwa;
- 2) opiekę do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie.

Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.

11. Opieka pielęgniarstwa polega na wykonywaniu czynności:

- 1) związanych z higieną i odżywianiem;
- 2) leczniczych – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego – np. okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej;
- 3) diagnostycznych – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego – np. ćwiczeń terapeutycznych, pomiaru ciśnienia i tętna, ważenia.

12. Ty pokrywasz koszty materiałów i lekarstw używanych przy wymienionych czynnościach.

Pomoc w prowadzeniu domu

13. Centrum Medyczne organizuje i finansuje:

- 1) dojazd i honorarium osoby pomagającej w prowadzeniu domu;

2) pomoc w prowadzeniu domu do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie

– jeśli nie mieszkasz w domu z osobą, która może Ci w tym pomóc.

Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.

14. Pomoc domowa obejmuje:

- 1) utrzymanie czystości w domu, tj.: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, wanny lub kabiny prysznicowej, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu i płyty kuchennej;
 - 2) przygotowanie posiłków, również dla dzieci;
 - 3) robienie zakupów niezbędnych do realizacji powyższych czynności. Zakupy robimy w miejscach, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Medyczne;
 - 4) podlewanie kwiatów
- przy użyciu środków lub sprzętów, które nam udostępnisz.

15. Ty pokrywasz koszty zakupów.

Opieka nad dziećmi

16. Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli:

- 1) w miejscu pobytu dziecka nie ma osoby, która może się nim zająć oraz
- 2) wyrażisz zgodę na tę opiekę i wskażesz terminy jej sprawowania.

17. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.

18. W usłudze opieki nad dziećmi konieczny jest kontakt z Tobą lub osobą, którą wskażesz. Jeśli nie będziemy mogli się z Wami skontaktować, Centrum Medyczne przekaże dziecko do placówki opieki społecznej właściwej dla adresu miejsca pobytu dziecka.

19. Musimy wiedzieć, czy dziecko wymaga specjalnej opieki – np. jest przewlekłe chore, wymaga rehabilitacji, przyjmuje leki lub jest na specjalnej diecie. Taką informację – na piśmie – musi nam przekazać osoba, która zgłasza wniosek o realizację usługi.

20. Centrum Medyczne pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki, czyli na przykład koszty jedzenia, ubrań, środków higienicznych, lekarstw, opieki lekarskiej, szczepień.

Opieka nad drobnymi zwierzętami domowymi

21. Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko, jeśli spełnione są łącznie poniższe warunki:

- 1) zwierzęta te przebywają w domu i nie zagrażają zdrowiu opiekunów ani bezpieczeństwu otoczenia – według opinii osoby sprawującej opiekę. Mogą to być: gady, gryzonie, koty, owady, płazy, psy, ptaki i ryby;
- 2) nie są to zwierzęta gatunków ani ras uznanych – w szczególności przez akty prawne – za niebezpieczne;
- 3) w domu nie ma osoby, która może się nimi zająć;
- 4) Ty albo osoba, którą wskażesz, przedstawicie dokument, który potwierdza, że wymagane szczepienia zwierząt zostały przeprowadzone.

22. Usługa trwa do ośmiu godzin dziennie przez dwa tygodnie albo czterech godzin dziennie przez cztery tygodnie. Tryb opieki zaznaczasz we wniosku o organizację usługi i nie możesz zmienić swojego wyboru. Możesz rozbić ośmiogodzinną opiekę na dwa bloki czasowe po cztery godziny każdy. Jeśli wybierzesz opcję czterogodzinną, nie możesz rozbić tego okresu na krótszy.

23. Opieka nad zwierzętami obejmuje:

- 1) dostarczenie żywności. Karma będzie kupiona w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do nich nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Medyczne;
- 2) czynności porządkowe;
- 3) zapewnienie zwierzęciu opieki czasowej.

24. Centrum Medyczne pokrywa koszty dojazdu i honorarium opiekuna. Ty pokrywasz pozostałe koszty opieki, czyli np. karmy, opieki weterynaryjnej, szczepień.

Domowe wizyty psychologa

25. Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – jeśli pogorszy się Twój stan zdrowia psychicznego bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia, w jakim się znajdujesz.

26. Przysługuje Ci jedna wizyta psychologa dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, ale nie dłużej niż do czasu, który psycholog uzna za konieczny.

Domowe wizyty rehabilitanta lub masażyście

27. Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia i na podstawie skierowania od Twojego lekarza prowadzącego, będzie potrzebna rehabilitacja.

28. Przysługuje Ci jedna wizyta rehabilitanta lub masażyście dziennie – trwająca do 2 godzin. Wizyty mogą odbywać się do czterech tygodni, ale nie dłużej niż do czasu, który rehabilitant lub masażyście uzna za konieczny.

Transport medyczny

- 29.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę – ale tylko w przypadku, jeśli Twój lekarz prowadzący zleci Ci pilną konsultację medyczną, hospitalizację lub specjalistyczny zabieg ambulatoryjny.
- 30.** Transport medyczny przysługuje Ci:
- 1) do szpitala, który znajduje się najbliżej miejsca Twojego pobytu i który jest odpowiednio wyposażony do udzielenia pomocy lub
 - 2) do innej jednostki służby zdrowia w Polsce
– o ile Twój stan zdrowia umożliwia taki przewóz – oraz
 - 3) do Twojego domu – po wypisaniu Cię ze szpitala lub innej jednostki służby zdrowia.
- 31.** Transport medyczny odbywa się pod niezbędnym nadzorem medycznym i przy użyciu niezbędnych środków transportu.
- 32.** Lekarz Centrum Medycznego – po konsultacji z Twoim lekarzem prowadzącym – podejmuje decyzję o czasie, celu i środkach transportu. Lekarz Centrum Medycznego uwzględnia przy tym stan Twojego zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
- 33.** Centrum Medyczne nie zrealizuje usługi, jeśli podejmiesz działania sprzeczne z zaleceniami jego lekarza.
- 34.** Do jednego zdarzenia medycznego przysługuje Ci usługa transportu medycznego maksymalnie dwa razy (łącznie dla obu usług wskazanych w pkt 30. – transport do szpitala lub innej jednostki służby zdrowia, do Twojego domu).

Dostarczenie niezbędnych leków

- 35.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz prowadzący.
- 36.** Dostarczamy leki, które przepisał Ci na receptę lekarz prowadzący, o ile są one dostępne w Polsce.
- 37.** W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
- 38.** Niezbędne leki będą kupione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca zakupu, które wybierze Centrum Medyczne.
- 39.** Ty pokrywasz koszty leków.

Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

- 40.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę, jeśli w związku z Twoim stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz prowadzący.
- 41.** Dostarczymy kupiony lub wypożyczony sprzęt na podstawie recept lub pisemnych zaleceń Twojego lekarza prowadzącego.
- 42.** W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
- 43.** Ty pokrywasz koszty zakupu i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

Dostarczenie do naprawy przedmiotów użytku osobistego

- 44.** Centrum Medyczne organizuje i finansuje tę usługę, jeśli bezpośrednio w związku ze stanem zdrowia musisz przebywać w domu przez co najmniej 5 dni na zwolnieniu lekarskim, które wydał Ci lekarz prowadzący.
- 45.** Usługa polega na dostarczeniu do naprawy następujących przedmiotów użytku osobistego:
- 1) aparat słuchowy;
 - 2) aparat do mierzenia ciśnienia krwi;
 - 3) balkonik;
 - 4) chodzik;
 - 5) drukarka brailowska;
 - 6) glukometr;
 - 7) inhalator;
 - 8) koncentrator tlenowy;
 - 9) krtań elektroniczna;
 - 10) łóżko rehabilitacyjne;
 - 11) materac pneumatyczny;
 - 12) nawilżacz powietrza;
 - 13) nebulizator;
 - 14) okulary;
 - 15) parapodium;
 - 16) pionizator;
 - 17) pikfometr;
 - 18) podnośnik;
 - 19) pompa infuzyjna;
 - 20) pompa insulinowa;
 - 21) proteza;
 - 22) respirator;
 - 23) ssak;
 - 24) syntezytor mowy;
 - 25) urządzenie do masażu;
 - 26) wózek inwalidzki.

Centrum Medyczne dostarcza przedmioty z Twojego domu do punktu naprawy w Polsce, który wskażesz oraz dostarcza je z powrotem do Twojego domu.

- 46. W okresie danego zwolnienia lekarskiego ta usługa przysługuje Ci jeden raz – ale tylko w przypadku, jeśli w domu nie ma osoby, która mogłaby taką usługę zapewnić.
- 47. Przedmioty użytku osobistego będą naprawione w miejscu, które wskażesz, o ile odległość do niego nie będzie większa niż odległość do miejsca naprawy, które wybierze Centrum Medyczne.
- 48. Ty pokrywasz koszty naprawy przedmiotów.

POMOC W PLANOWANIU LECZENIA

- 49. W czasie trwania ubezpieczenia dodatkowego możesz korzystać z następujących usług – jeśli wystąpi u Ciebie zdarzenie medyczne:
 - 1) pomoc w planowaniu leczenia;
 - 2) pomoc w organizacji leczenia.
- 50. W ramach pomocy w planowaniu leczenia Centrum Medyczne:
 - 1) wyszukuje w swojej bazie polską placówkę medyczną, w której możesz najszybciej skorzystać z zabiegu chirurgicznego, badania diagnostycznego lub wizyty u specjalisty – jeśli zleci Ci to Twój lekarz prowadzący – lub
 - 2) udziela przez telefon informacji o nazwie, adresie, numerze telefonu polskiej placówki, w której możesz najszybciej uzyskać świadczenie medyczne oraz terminie wizyty u specjalisty.
- 51. W ramach pomocy w organizacji leczenia Centrum Medyczne:
 - 1) umawia wizyty lekarskie i inne świadczenia medyczne – np. wizyty pielęgniarki, rehabilitanta, lekarza – w polskich placówkach medycznych ze swojej bazy lub Twoim domu lub
 - 2) udziela informacji o usługach, godzinach otwarcia i danych kontaktowych polskich placówek medycznych, zwłaszcza tych położonych najbliżej Twojego domu.
- 52. Aby Centrum Medyczne mogło zrealizować tę usługę, musi uzyskać od Ciebie informację o rodzaju specjalistycznego świadczenia medycznego, którego wymaga Twój stan zdrowia.

CAŁODOBOWY TELEFONICZNY SERWIS MEDYCZNY

- 53. Jeżeli w czasie trwania ubezpieczenia wystąpi u Ciebie zdarzenie ubezpieczeniowe, możesz korzystać z naszego Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego.
- 54. Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny udziela informacji o:
 - 1) zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych;
 - 2) zachowaniach prozdrowotnych;
 - 3) szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach ogólnych w Polsce;
 - 4) pielęgnacji niemowląt;
 - 5) lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu;
 - 6) dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) grupach wsparcia, telefonach zaufania udzielających pomocy i działających w Polsce;
 - 8) transporcie medycznym;
 - 9) stanach wymagających nagłej pomocy;
 - 10) opiece nad osobami starszymi.

WYŁĄCZENIA OCHRONY

– czyli w jakich sytuacjach nie zorganizujemy usługi

- 55. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń medycznych, które nastąpiły:
 - 1) w wyniku działań wojennych;
 - 2) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w masowych rozruchach społecznych;
 - 3) w wyniku usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w przypadku gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem: narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – jeśli miało to wpływ na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) w wyniku samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 6) bezpośrednio w wyniku zatrucia spożytym alkoholem, użyłymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, środkami zastępczymi w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii – o ile zatrucie miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego.
- 56. Nasze ubezpieczenie nie obejmuje:
 - 1) usług, które zorganizowało Centrum Medyczne, ponieważ podałeś nieprawdę – w takim przypadku koszty tych usług ponosisz Ty;
 - 2) zdarzeń i skutków zdarzeń związanych z zagrożeniem życia.
- 57. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg ani skutki realizacji usług w ramach Prywatnej Opieki Domowej, które wymieniliśmy w pkt 8.
- 58. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść zagranicznej konsultacji medycznej.

KARENCAJA

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

59. Nie ponosimy odpowiedzialności przez okres pierwszych 30 dni liczonych od dnia przystąpienia przez Ciebie do ubezpieczenia.
60. W okresie karencji możesz korzystać z:
- 1) Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 2) zagranicznej konsultacji medycznej, o ile zdarzenie medyczne było skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w ciągu tych 30 dni.

REALIZACJA USŁUGI

– komu, kiedy i jak wykonamy usługę

61. Usługę przysługują Tobie.

Zagraniczna konsultacja medyczna

62. Aby skorzystać z tej usługi, składasz świadczeniodawcy w okresie naszej ochrony – na własny koszt w języku polskim:
- 1) wniosek o zagraniczną konsultację medyczną;
 - 2) pełną dokumentację medyczną, która potwierdza, że wystąpiło u Ciebie zdarzenie medyczne orzeczone w pierwszej opinii medycznej;
 - 3) pierwszą opinię medyczną – właściwie sporządzoną i podpisaną przez Twojego lekarza prowadzącego;
 - 4) inne dokumenty, o które poprosimy Cię my lub świadczeniodawca.
63. Usługę wykonamy najpóźniej w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymamy wniosek i komplet dokumentów. Możemy wydłużyć ten czas, jeśli – z obiektywnych powodów – nie możemy w ciągu 30 dni ustalić, czy masz prawo do usługi. W takim przypadku wykonamy usługę do 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnimy te wątpliwości.
64. Jeśli nasz lekarz orzeknie, że pierwsza opinia medyczna nie jest wystarczająco szczegółowa lub podpisał ją lekarz złej specjalizacji, musisz na własny koszt sporządzić inną pierwszą opinię medyczną lub ją uzupełnić.
65. W każdej z opcji ubezpieczenia możesz skorzystać z jednej zagranicznej konsultacji medycznej, która będzie dotyczyć jednego zdarzenia medycznego. Jeśli nowe badania pokażą zmiany tego zdarzenia medycznego, możesz wnioskować o kolejną zagraniczną konsultację medyczną.

Prywatna Opieka Domowa, Pomoc w Planowaniu Leczenia, Całodobowy Telefoniczny Serwis Medyczny

66. Centrum Medyczne wykonuje usługi w ramach wymienionych pakietów wyłącznie, gdy zgłosisz przez telefon wniosek o ich wykonanie. Numer telefonu znajdziesz w deklaracji – serwis jest czynny całą dobę. Centrum Medyczne rozpocznie realizować usługę najszybciej, jak to możliwe, i nie później niż w czasie 48 godzin od spełnienia przez Ciebie niezbędnych warunków.
67. Przy składaniu wniosku przez telefon:
- 1) podaj swoje imię, nazwisko, PESEL oraz nazwę i siedzibę właściciela polisy;
 - 2) podaj wszystkie informacje, które są potrzebne do danej usługi, np.: numer telefonu, adres, dane osoby kontaktowej;
 - 3) prześlij do Centrum Medycznego – faksem, drogą elektroniczną albo pocztą – zaświadczenie lub zwolnienie lekarskie, które potwierdza, że zdarzenie medyczne wystąpiło lub że dana usługa jest Ci potrzebna. Nie dotyczy to usług w ramach Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego;
 - 4) postępuj zgodnie z dyspozycjami Centrum Medycznego.
68. Przedstawiciel Centrum Medycznego może – w miejscu realizowania usługi – poprosić Cię o:
- 1) okazanie dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość;
 - 2) podanie danych niezbędnych do wykonania usługi, w tym wszystkich informacji, które pozwolą ocenić Twój stan zdrowia i zasadność transportu medycznego.
69. Centrum Medyczne ani my nie zwracamy kosztów poniesionych przez Ciebie, jeżeli zdarzenie nie zostało zgłoszone do Centrum Medycznego. Wyjątkiem jest sytuacja, w której siła wyższa uniemożliwiła Ci kontakt z Centrum Medycznym. W takim przypadku koniecznie skontaktuj się z Centrum Medycznym, gdy tylko będzie to możliwe – masz na to 7 dni. Powiadom Centrum Medyczne o zdarzeniu medycznym i opisz przyczyny braku możliwości kontaktu.
70. Oddamy Ci koszty wykonanej usługi – ale maksymalnie do średniej wartości danej usługi w danej miejscowości. Aby uzyskać zwrot, złóż odpowiednie dokumenty: dokumentację medyczną, która potwierdzi, że wystąpiło u Ciebie dane zdarzenie medyczne, i imienne rachunki i dowody wpłaty.
71. Swoje oświadczenia, zawiadomienia i inne zgłoszenia możesz wykonywać też przez telefon – nagrywamy wszystkie rozmowy telefoniczne, które prowadzisz z Centrum Medycznym. Wszystkie Twoje oświadczenia i zawiadomienia będziemy archiwizować w Centrum Medycznym.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJA ZAGRANICZNA I ASSISTANCE

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się:

- 1) **anemię aplastyczną (nieodkrwiistość aplastyczną)**, która jest przewlekłą i nieodwracalną niewydolnością szpiku, polegającą na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych krwinek i płytek krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku;
- 2) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, które jest zakaźną chorobą bakteryjną przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 3) **bakteryjne zapalenie wsierdza**, które jest zapaleniem wsierdza spowodowanym przez zakażenie bakteryjne.
Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdza, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych. Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdza;
- 4) **bólowa mózgu**, który jest chorobą zakaźną spowodowaną przez tasieńca błonowatego, z zajęciem mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za takiego bólowa mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 5) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową.
Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej;
- 6) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, które jest metodą polegającą na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową.
Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej;
- 7) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, które jest metodą polegającą na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej;
- 8) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, które jest metodą polegającą na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji ani plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 9) **chorobę Alzheimera**, która objawia się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, i prowadzi do otępienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatryi w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera. Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS;
- 10) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołaną przez priony.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu;
- 11) **chorobę Huntingtona**, która jest dziedziczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
 - a) zaburzenia motoryczne,
 - b) zaburzenia nastroju,
 - c) zaburzenia poznawcze;
- 12) **chorobę Leśniowskiego-Crohna**, która jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita;
- 13) **chorobę neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, która jest neurodegeneracyjną chorobą obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych;
- 14) **chorobę Parkinsona**, która jest neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
 - a) drżenie spoczynkowe,
 - b) spowolnienie ruchowe,
 - c) zwiększone napięcie mięśni.Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego;
- 15) **ciężkie oparzenie**, które jest miejscowym uszkodzeniem skóry i głębiej leżących tkanek spowodowanym czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
 - a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia,

- b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie,
c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia;
- 16) **gruźlica**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną prątkiem gruźlicy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwpłatkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 17) **kleszczowe zapalenie mózgu**, które jest zakaźną chorobą wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z neurologicznymi objawami uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 18) **neuroboreliozę**, która jest chorobą zakaźną spowodowaną przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 19) **niezłośliwego guza mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych. Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu. Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyńniowych, krwinków mózgu, guzów przysadki mózgowej;
- 20) **nowotwór złośliwy**, który jest niekontrolowanym rozrostem komórek nowotworowych i cechuje się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym. Odpowiadamy także za rozsianą chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego. Nasza ochrona nie obejmuje:
a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o ograniczonej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
b) zmian o cechach dysplazji,
c) ziarnicy złośliwej w pierwszym stadium,
d) czerniaka złośliwego skóry opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 oraz wszystkich nowotworów skóry (w tym chłoniaka skóry),
e) brodawkowego raka tarczycy opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0,
f) złośliwego gruczolu krokowego (prostaty, stercza) opisanego wg skali TNM jako T1aN0M0 lub T1bN0M0,
g) dysplazji i nowotworu złośliwego szyjki macicy opisanego wg skali CIN jako CIN1, CIN2 lub CIN3,
h) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV;
- 21) **paraliż**, który jest całkowitą utratą funkcji ruchowej kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn;
- 22) **przewlekłą niewydolność nerek**, która jest trwałym upośledzeniem czynności obu nerek lub jednej nerką.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii;
- 23) **reumatoidalne zapalenie stawów**, które jest układową chorobą tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym, przebiegającą z zajęciem stawów, obecnością zmian pozastawowych i objawów układowych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie reumatoidalne zapalenie stawów, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza reumatologa i które spowodowało uszkodzenie wyrażające się trwałą deformacją, co najmniej trzech z następujących grup stawów:
a) barkowe,
b) biodrowe,
c) łokciowe,
d) kolanowe,
e) nadgarstkowe,
f) skokowe,
g) międzypalcikowe rąk lub śródręczno-palcikowe,
h) międzypalcikowe stóp lub śródstopno-palcikowe;
- 24) **ropnia mózgu**, który jest miejscowym zakażeniem wewnątrzczaszkowym mającym swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzącym do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki.
Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny.
Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu;
- 25) **schyłkową niewydolność wątroby**, która jest końcowym stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką postać schyłkowej niewydolności wątroby, która doprowadziła do żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku i encefalopatii wątrobowej łącznie. Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby;
- 26) **sepsę (posocznice)**, która jest ogólnoustrojową, nieswoistą reakcją organizmu na obecne we krwi meningokoki (dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) lub pneumokoki (dwoinki zapalenia płuc) oraz ich toksyny.

Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z pięciu poniższych narządów lub układów:

- a) ośrodkowy układ nerwowy,
- b) układ krążenia,
- c) układ oddechowy,
- d) układ krwiotwórczy,
- e) nerki,
- f) wątroba.

Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;

- 27) **stwardnienie rozsiane**, które jest chorobą ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 28) **śpiączkę**, która jest stanem głębokiego zaburzenia świadomości wyrażającym się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikającym z ciężkiego uszkodzenia mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu oraz śpiączki farmakologicznej zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków;
- 29) **tężca**, który jest chorobą zakaźną wywołaną działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 30) **toczeń**, który jest chorobą autoimmunologiczną, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki toczni rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
- a) nerki,
 - b) serce,
 - c) układ nerwowy;
- 31) **transplantację**, która jest operacją chirurgiczną przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego;
- 32) **udar mózgu**, który jest nagłym, ogniskowym lub uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, spowodowanym wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu:
- a) w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub
 - b) który był leczony trombolitycznie.
- Nasza ochrona nie obejmuje udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyiniowa lub powstał wskutek urazu lub przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 33) **uraz czaszkowo-mózgowy**, który jest urazem czaszki połączonym z uszkodzeniem mózgowia, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki uraz czaszkowo-mózgowy, który wymagał hospitalizacji i który, w okresie co najmniej 3 miesięcy od wystąpienia, spowodował niemożność wykonania bez pomocy innej osoby co najmniej trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
- a) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu,
 - b) samodzielne jedzenie gotowych posiłków,
 - c) ubieranie i rozbieranie się,
 - d) mycie i higiena osobista,
 - e) samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu;
- 34) **utratę kończyny**, która jest amputacją powyżej nadgarstka lub powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby;
- 35) **utratę mowy**, która jest niezdolnością do wytwarzania dźwięków mowy i artykulowania zrozumiałego języka, spowodowana chorobą krtani.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą, nieodwracalną utratę mowy, która nie może być skorygowana nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody;
- 36) **utratę słuchu**, która jest całkowitą utratą zdolności słyszenia w co najmniej jednym uchu, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę słuchu, w której ubytek słuchu w uchu objętym chorobą wynosi co najmniej 90 dB i jest obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy. Stopień utraty słuchu jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 37) **utratę wzroku**, która jest całkowitą utratą zdolności widzenia w co najmniej jednym oku, będącą następstwem choroby.
Odpowiadamy wyłącznie za trwałą i nieodwracalną utratę wzroku, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcie optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni. Wielkość utraty wzroku jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 38) **wrżdziejące zapalenie jelita grubego**, które jest przewlekłym, nieswoistym zapaleniem ściany jelita grubego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wrżdziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy;

- 39) **wściekliznę**, która jest chorobą zakaźną wywołaną wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która przebiega z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, wymaga hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
- 40) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałym w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami.
Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 41) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, które jest zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałym w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, i jest potwierdzone złożonymi dowodami;
- 42) **zakażoną martwicę trzustki**, która jest martwicznym zakażeniem trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.
Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe;
- 43) **zator tętnicy płucnej**, który jest niedrożnością tętnicy płucnej spowodowaną skrzepliną.
Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzepina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
- 44) **zawał serca**, który jest martwicą komórek mięśnia sercowego spowodowaną jego przedłużonym niedokrwieniem.
Zakres ochrony obejmuje ostry zawał serca, czyli taki, który jest potwierdzony wzrostem lub spadkiem wartości biochemicznego markera tej martwicy, tzw. troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej górnej granicy normy i co najmniej jednym z następujących kryteriów:
- kliniczne objawy niedokrwienia,
 - zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
 - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ścian serca stwierdzone w badaniach obrazowych,
 - zakrzep w tętnicy wieńcowej stwierdzony w badaniu angiograficznym lub w autopsji;
- Odpowiadamy również za taki zawał serca, który jest związany z:
- przezskórną interwencją wieńcową – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 5-krotnie górną granicę normy,
 - pomostowaniem tętnic wieńcowych – o ile wartość biochemicznego markera martwicy mięśnia sercowego (tzw. troponiny sercowej) przekracza 10-krotnie górną granicę normy;
- 45) **zgorzel gazową**, która jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będącą skutkiem ciężkiego zakażenia przyranego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
2. Poniżej znajdziesz informację, jakie choroby zawiera dana opcja naszego ubezpieczenia.

Opcja onkowsparcie	Opcja onko-kardiowsparcie	Opcja onko-kardio-neurowsparcie	Opcja multiwsparcie
1) anemia aplastyczna	1) anemia aplastyczna	1) anemia aplastyczna	1) anemia aplastyczna
2) niezłośliwy guz mózgu	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie wsierdzia	2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych
3) nowotwór złośliwy	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	3) bakteryjne zapalenie wsierdzia
	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	4) bąblowiec mózgu
	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)	5) chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej
	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	6) chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej
	7) niezłośliwy guz mózgu	7) choroba Alzheimera	7) chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)
	8) nowotwór złośliwy	8) choroba Creutzfeldta-Jakoba	8) chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca
	9) zator tętnicy płucnej	9) choroba Huntingtona	9) choroba Alzheimera
	10) zawał serca	10) choroba neuronu ruchowego	10) choroba Creutzfeldta-Jakoba
		11) choroba Parkinsona	11) choroba Huntingtona
		12) niezłośliwy guz mózgu	12) choroba Leśniowskiego-Crohna

Opcja onkowsparcie		Opcja onko-kardiowsparcie		Opcja onko-kardio-neurowsparcie		Opcja multiwsparcie	
				13)	nowotwór złośliwy	13)	choroba neuronu ruchowego
				14)	ropień mózgu	14)	choroba Parkinsona
				15)	stwardnienie rozsiane	15)	ciężkie oparzenie
				16)	udar mózgu	16)	gruźlica
				17)	zator tętnicy płucnej	17)	kleszczowe zapalenie mózgu
				18)	zawał serca	18)	neuroborelioza
						19)	niezłośliwy guz mózgu
						20)	nowotwór złośliwy
						21)	paraliż
						22)	przewlekła niewydolność nerek
						23)	reumatoidalne zapalenie stawów
						24)	ropień mózgu
						25)	schyłkowa niewydolność wątroby
						26)	sepsa
						27)	stwardnienie rozsiane
						28)	śpiączka
						29)	tężec
						30)	toczeń
						31)	transplantacja
						32)	udar mózgu
						33)	uraz czaszkowo-mózgowy
						34)	utrata kończyny
						35)	utrata mowy
						36)	utrata słuchu
						37)	utrata wzroku
						38)	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
						39)	wścieklizna
						40)	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji
						41)	zakażenie wirusem HIV zawodowe
						42)	zakażona martwica trzustki
						43)	zator tętnicy płucnej
						44)	zawał serca
						45)	zgorzel gazowa

**DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE
O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM
I OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA**





DODATKOWE GRUPOWE UBEZPIECZENIE PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA

Wersja dokumentu z dnia 19.11.2018 r.

To jest materiał zawierający kluczowe informacje. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o kodzie warunków PKGP36 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.

Zawarcie umowy jest dobrowolne.

Informacja o produkcie

- jest prezentowana w celach informacyjnych,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna stanowić wyłącznej podstawy do podjęcia decyzji dotyczącej ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy?

Masz prawo do kontynuowania ubezpieczenia grupowego zawierając nową umowę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Kontynuacja jest możliwa, gdy spełnisz warunki ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

Charakterystyka produktu – jakie są główne cechy naszego ubezpieczenia?

Ubezpieczenie jest zawierane na 1 rok, z tym że jeżeli jest zawierane pomiędzy rocznicami polisy, zostaje zawarte na okres do najbliższej rocznicy polisy.

Ubezpieczenie może być zawarte wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia podstawowego albo, za naszą zgodą, w dowolnym momencie jej trwania.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

Umowę ubezpieczenia dodatkowego zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.

Możesz przystąpić do umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli przystąpiłeś do umowy ubezpieczenia podstawowego

Jak długo trwa umowa?

Ubezpieczający może zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego na rok. Jeśli zawiera z nami umowę ubezpieczenia dodatkowego pomiędzy rocznicami polisy, to nasza ochrona działa do najbliższej rocznicy polisy.

Umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia zostanie przedłużona – jeśli przedłużona zostanie umowa ubezpieczenia podstawowego i żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

Jak i kiedy płaci się składkę?

Częstotliwość oraz termin przekazywania składek określone są we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzone w polisie.

Składka przekazywana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką za ubezpieczenie podstawowe.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego kończy się:

- z dniem zakończenia naszej ochrony w ubezpieczeniu podstawowym,
- z dniem, w którym otrzymamy oświadczenie ubezpieczającego, że odstępuje od umowy,
- z dniem zakończenia naszej ochrony w zakresie ubezpieczenia dodatkowego – jeśli nie jest przedłużane,
- z ostatnim dniem miesiąca, w którym rezygnujesz z ubezpieczenia dodatkowego i za który otrzymaliśmy składkę,
- z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia ubezpieczenia dodatkowego,
- z dniem, w którym umowa w zakresie ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nie ponosimy odpowiedzialności w przypadku nie spełnienia określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego warunków dla nabycia prawa do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, np. dotyczące długości opłacania składek w ubezpieczeniu grupowym lub terminu złożenia wniosku o zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia dodatkowego w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia umowy. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę poprzez jej pisemne wypowiedzenie. Umowę ubezpieczenia dodatkowego można rozwiązać w wyniku jej nieprzedłużenia.

Wynagrodzenie dystrybutora ubezpieczenia

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o kodzie warunków PKGP36 (OWU), które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

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

Lp.	Rodzaj informacji	Numer zapisu
1.	Przesłanki wypłaty świadczenia	pkt 1–2 OWU pkt 3 OWU pkt 7 OWU
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	pkt 1–2 OWU pkt 7 OWU

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

www.pzu.pl

lub pod numerem 801 102 102

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRAWA DO INDYWIDUALNEGO KONTYNUOWANIA UBEZPIECZENIA

Kod OWU: PKGP36

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

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

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

SŁOWNICZEK

– czyli co oznaczają użyte terminy

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

– czyli do czego masz prawo

3. Masz prawo do kontynuowania ubezpieczenia grupowego zawierając nową umowę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego. Kontynuacja jest możliwa, gdy spełnisz warunki ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

– czyli co musi ubezpieczający

4. Ubezpieczający musi poinformować Ciebie o przysługującym Ci prawie do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

SKŁADKA W UBEZPIECZENIU INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANYM

– czyli gdzie wskazujemy jej wysokość

5. Wysokość składki w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym jest określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podstawowego i w polisie. Składkę ustalamy dla każdego 1000 zł początkowej sumy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.



Przykład

W polisie jest zapis, że dla sumy ubezpieczenia równej 1000 zł składka wynosi 6 zł. Jeśli chcesz zwiększyć sumę ubezpieczenia do 3000 zł, to Twoja składka będzie wynosiła 18 zł.

UBEZPIECZENIE INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANE

– czyli jak można je zawrzeć

6. Możesz zawrzeć odrębną umowę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, jeśli:
 - 1) spełnisz warunki ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego oraz
 - 2) złożysz wniosek o zawarcie umowy w terminie określonym w tych warunkach.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

– czyli co jeszcze jest ważne

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

