

Ubezpieczenie na Życie „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

SPIS TREŚCI

Postanowienia Ogólne	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	9
Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	11
Składka	11
Skutki niezapłacenia składki	11
Suma ubezpieczenia	11
Odpowiedzialność ubezpieczyciela	11
Partner jako współubezpieczony	12
Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	12
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	15
Uprawnieni do otrzymania świadczenia	15
Wariant „Twoje Życie 80 plus”	16
Ryzyka ubezpieczeniowe	16
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	16
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	16
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	17
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	17
Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	17
Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	17
Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego	18
Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	19
Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego	19
Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS	20
Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”	21
Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	21
Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego	22
Operacje Ubezpieczonego	23
Śmierć Małżonka lub Partnera	24
Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	25
Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	25
Śmierć Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	25
Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera	26

Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS	26
Wystąpienie u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania	28
Inwalidztwo Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	29
Osierocenie Dziecka przez Ubezpiezonego	29
Śmierć Dziecka	29
Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku	29
Śmierć Noworodka	30
Urodzenie się Dziecka	30
Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną	30
Urodzenie się Wnuka	31
Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka	31
Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania	32
Rekonwalescencja Dziecka	33
Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpiezonego w Szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”	33
Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera	33
Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	34
WARTA PAKIET MEDYCZNY	34
Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	44
Postanowienia końcowe	47
Załącznik nr 1 Wykaz wad wrodzonych dotyczących Urodzenia się Dziecka/Wnuka „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	48
Załącznik nr 2 Tabela Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	49
Załącznik nr 3 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	49
Załącznik nr 4 Katalog Operacji „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	50
Załącznik nr 5 Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	68
Załącznik nr 6 Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”	74
Załącznik nr 7 Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	77

Informacja do ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „WARTA DLA CIEBIE I RODZINNY”, zatwierdzonych Uchwałą nr 120/2017 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 6 czerwca 2017 roku i wprowadzonych w życie z dniem 4 lipca 2017 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 10 - § 12, § 15 ust. 5, § 16 ust. 4, 6, § 17 ust. 4, 6, § 18 ust. 4, 6, § 19 ust. 6, 8, § 20 ust. 8, 11, § 21 ust. 7, 10, § 22 ust. 4, 8, § 23 ust. 14, § 24 ust. 12-14, § 25 ust. 12-14, § 26 ust. 14, § 27 ust. 13, § 28 ust. 19, § 29 ust. 9, § 30 ust. 6, § 31 ust. 5, 7, § 32 ust. 8, 10, § 33 ust. 18, § 34 ust. 14, 16, § 35 ust. 16, § 36 ust. 5-7, § 37 ust. 7, § 38 ust. 7, § 39 ust. 5, § 40 ust. 7, § 41 ust. 9, § 42 ust. 7, § 43 ust. 10, § 44 ust. 14, § 45 ust. 14, § 46 ust. 9, § 47 ust. 4, § 48 ust. 9, § 49 ust. 6, § 50 ust. 25, § 51 ust. 4.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7, § 9, § 19 ust. 2-3, 6, § 20 ust. 3 pkt 2), § 21 ust. 3, § 23 ust. 2, 4, 8, 11, § 25 ust. 7, 8, 11, § 26 ust. 3, 4, 6, 11-13, § 27 ust. 3 - 5, 7, 8, § 28 ust. 4, 7, 14-17, § 29 ust. 2, 5, § 32 ust. 2-5, § 33 ust. 2, 4, 5, 10, 13, 15, § 34 ust. 2, 4, 5, 10, 11, 12, § 35 ust. 2-6, 8, 13-15, § 37 ust. 2, § 38 ust. 2, § 40 ust. 2, § 41 ust. 2, 3, § 43 ust. 2, 3-5, § 43 ust. 4, § 44 ust. 2, 4, 8, 10, 12, § 45 ust. 3, 4, 6, 11-13, § 46 ust. 2, 4, 5, § 47 ust. 4, § 48 ust. 2, 4, § 50 ust. 10-14, 20, 21, 24, § 51 ust. 4, 5, 10.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie – „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY” POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23, § 24, § 33 § 34, § 44, § 46, pierwsza diagnoza, o której mowa powyżej może nastąpić jeszcze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) **czynności życia codziennego**:
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni,
 - 3) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w trakcie trwania odpowiedzialności, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
 - 4) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które:
 - a) miało ukończony 1 rok życia - w dniu śmierci dziecka lub śmierci dziecka w wyniku wypadku mających miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - b) miało ukończony 4 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia w dniu przyjęcia dziecka do szpitala - w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego dziecka mającego miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - c) miało ukończony 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia w dniu przyjęcia dziecka do szpitala - w przypadku rekonwalescencji dziecka mającej miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - d) miało ukończony 1 rok życia, ale nie ukończyło 20 roku życia w dniu wystąpienia poważnego zachorowania - w przypadku wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 5) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera spowodowane wypadkiem, w wyniku których osoby te zdaniem komisji lekarskiej, są całkowicie niezdolne do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostają trwale i całkowicie niezdolne do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie roszą odzyskania zdolności do pracy,
 - 6) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego” stanowiący załącznik nr 3 do OWU,
 - 7) **katalog operacji** – „Katalog Operacji „Warta Dla Ciebie i Rodziny”” stanowiący załącznik nr 4 do OWU,
 - 8) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „Warta Dla Ciebie i Rodziny”” stanowiący załącznik nr 5 do OWU,
 - 9) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „Warta Dla Ciebie i Rodziny”” stanowiący załącznik nr 6 do OWU,
 - 10) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie inwalidztwa, niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz wystąpienia poważnego zachorowania na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
 - 11) **leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych u ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 12) **małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 13) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wyniku choroby lub wypadku, trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 2) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu

- i zgodnie z wiedzą medyczną, nie rękującą możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji; okres 12 miesięcy, o którym mowa powyżej musi rozpocząć się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i może trwać po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia,
- 14) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii),
 - 15) **operacja** - zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, wymieniony w katalogu operacji. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
 - a) operacja wykonana metodą endoskopową – operacja z użyciem urządzenia umożliwiającego doprowadzenie światła, optyki, odpowiednich narzędzi chirurgicznych do wnętrza narządu i jam ciała;
 - b) operacja metodą otwartą – operacja polegająca na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami określonymi w terminologii medycznej jako rękoczoyny wewnątrz ww. struktur;
 - c) operacja metodą zamkniętą - operacja bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczeniowe), z użyciem endoskopu.

Jeżeli w katalogu operacji nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja jest wykonana, TUnŻ WARTA S.A. ponosi odpowiedzialność za operację wykonaną metodą otwartą lub endoskopową,
 - 16) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny, wykonany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej,
 - 17) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
 - 18) **partner** – osoba wskazana we wniosku o wypłatę lub innym dokumencie, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona; o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
 - 19) **pierwsza miesięcznica polisy** – pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu początku okresu ubezpieczenia,
 - 20) **placówka medyczna** – działająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych); grupowa praktyka lekarska, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej o specjalności zabiegowej uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, której zadaniem jest leczenie w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych i posiadająca blok operacyjny; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; niniejsza definicja ma zastosowanie do ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 28,
 - 21) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 22) **przedsiębiorca** – osoba prowadząca działalność gospodarczą,
 - 23) **rehabilitacja poszpitalna** – trwająca nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
 - 24) **rekonwalescencja dziecka** – powrót do zdrowia dziecka ubezpieczonego po nieprzerwanym i trwającym powyżej 14 dni pobycie dziecka w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 25) **rocznica polisy**:
 - a) w okresie ubezpieczenia następującym bezpośrednio po zawarciu umowy ubezpieczenia – datę przypadającą na dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia;
 - b) w kolejnych okresach ubezpieczenia – dzień przypadający po upływie 12 miesięcy po dacie określonej w pkt a) powyżej; jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca,
 - 26) **rodzic**:
 - c) naturalny ojciec lub matka ubezpieczonego lub
 - d) osoba, która dokonała przysposobienia ubezpieczonego lub
 - e) ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się:
 - a. osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub

- b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 27) **rodzic małżonka lub rodzic partnera:**
- naturalny ojciec lub matka małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
 - osoba, która dokonała przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
 - ojczym lub macocha małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma lub macochę rozumie się:
 - osobę która w dniu zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub śmierci rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
 - wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
 - naturalny ojciec lub matka zmarłego małżonka lub zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub rodzica partnera ubezpieczonego:
 - nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
 - nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski lub
 - nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego,
- 28) **siedziba ubezpieczyciela** – siedziba centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
- 29) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych,
- 30) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkiowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 31) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona we wniosku, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
- 32) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej; niniejsza definicja ma zastosowanie do ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23 - § 25, § 33, § 34, § 44, § 46, § 47,
- 33) **śmierć noworodka** –urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonemu w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeśli urodzenie zostało zarejestrowane oraz śmierć dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 34) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 35) **ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierającą umowę ubezpieczenia,
- 36) **ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w umowie ubezpieczenia, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
- 37) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
 - symptomy spowodowane migreną,
 - choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
 - niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

- 38) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
- 39) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
- 40) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 41) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik nr 1 do OWU) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia,
- 42) **urodzenie się wnuka** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 43) **urodzenie się wnuka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik nr 1 do OWU) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia,
- 44) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 45) **wariant ubezpieczenia** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany we wnioskopolisie zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący dane ryzyka ubezpieczeniowe, wybierany przez ubezpieczającego na etapie zawarcia umowy,
- 46) **wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 47) **współubezpieczony** – osoba będąca małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub partnera, dzieckiem ubezpieczonego, dzieckiem syna lub córki ubezpieczonego wskazaną w ryzykach ubezpieczeniowych, której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie lub życie,
- 48) **wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka, partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23, § 25, § 33, § 44, § 46 wypadek o którym mowa powyżej może nastąpić przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
- 49) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
- a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek lub partner podróżował jako pasażer,
- 50) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
- a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub

- wywróceniem się pojazdu, lub
- pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
- b) wodnym pojazdom pływającym, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
- c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek lub partner podróżował jako pasażer, i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP:
 - a. podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b. podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c. w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony, małżonek lub partner, uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Za wypadek komunikacyjny przy pracy uważa się również wypadek powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela przy spełnieniu wymogów z ppkt a), b) lub c) powyżej zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z:

- 1) wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 2) wykonywaniem zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 3) wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia,

51) **wypadek przy pracy** – wypadek powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
- c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony, małżonek lub partner uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Za wypadek przy pracy uważa się również wypadek powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z:

- 1) wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 2) wykonywaniem zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 3) wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia,

52) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:

- a) w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Alzheimera, schyłkowej niewydolności wątroby, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności oddechowej, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, zgorzeli gazowej nie spowodowanej wypadkiem, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu, sepsy, WZW B, WZW C, boreliozy, tężca, wścieklizny nie związanej z wypadkiem, gruźlicy, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, bakteryjnego zapalenia wsierdza postawienie diagnozy opartej na wymienionych

- wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,
- w przypadku: operacji pomostowania naczyń wieńcowych, przeszczepienia narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, bąblowca mózgu, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, zakażonej martwicy trzustki, utraty kończyny wskutek choroby - przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,
 - w przypadku: niewydolności nerek, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
 - w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia - zajścia wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,
- 53) **wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
- w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej niewydolności wątroby, choroby Kawasaki, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tężca, zakażenia wirusem HIV/AIDS - postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,
 - w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym - przeprowadzenie operacji,
 - w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
 - w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku - zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,
- 54) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
- Rozpoznanie ww. musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi wymienionymi klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 55) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez szpital, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
- W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk ubezpieczeniowych objętych wariantem ubezpieczenia wybranym przez ubezpieczającego.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres dwunastu miesięcy ochrony ubezpieczeniowej.
 - umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów.
- Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w następujących wariantach ubezpieczenia:

Tabela. 1

Zawarcie umowy ubezpieczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego:		
Ukończony 18 rok życia i nieukończony 66 rok życia	Ukończony 55 rok życia i nieukończony 66 rok życia	Ukończony 66 rok życia i nieukończony 80 rok życia

Warianty ubezpieczenia	Warianty: „Twoje Życie”, „Twoje Życie VIP”, „Twoje Życie Plus”, „Twoje Życie i Zdrowie”, „Twoje Życie i Zdrowie Plus”, „Życie Rodziny”, „Życie Rodziny Plus”, „Życie Rodziny Premium”, „Życie Rodziny VIP”, „Życie i Zdrowie Rodziny”, „Życie i Zdrowie Rodziny Plus”, „Życie i Zdrowie Rodziny Premium”, „Życie i Zdrowie Rodziny VIP”, „Życie i Zdrowie Rodzic z dzieckiem”, „Życie i Zdrowie We dwoje”.	Wariant „Twoje Życie 55 Plus”	Wariant „Twoje Życie 55 Plus” ¹
------------------------	--	-------------------------------	--

¹ *Możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia przez osobę, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 66 rok życia i nie ukończyła 80 roku życia, dotyczy tylko osób, które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, objęte były ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie i złożyły oświadczenie o rezygnacji bądź wypowiedzeniu umowy, w okresie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie.*

3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, nie posiada ochrony ubezpieczeniowej z tytułu grupowego bądź indywidualnego ubezpieczenia na życie „WARTA DLA CIEBIE i RODZINY”.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wnioskopolisy podpisanej przez ubezpieczającego, skierowanej do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Jeżeli wnioskopolisa została wypełniona nieprawidłowo lub jest niekompletna, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jej uzupełnienia.
6. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający może dokonać zmiany wariantu ubezpieczenia w pierwszą miesięcznicę polisy oraz w każdą rocznicę polisy:
 - 1) w celu dokonania zmiany wariantu ubezpieczenia w pierwszą miesięcznicę polisy, ubezpieczający musi nie później niż ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesięcznicę polisy złożyć wniosek o zmianę wariantu,
 - 2) w celu dokonania zmiany wariantu ubezpieczenia w rocznicę polisy, ubezpieczający musi najwcześniej na 30 dni przed rocznicą polisy i nie później niż ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy złożyć wniosek o zmianę wariantu.

Do zmiany wariantu dochodzi poprzez rozwiązanie dotychczasowej umowy i zawarcie nowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem wariant wybrany przez ubezpieczającego. Zawarcie nowej umowy ubezpieczenia następuje z dniem pierwszej miesięcznicy polisy albo najbliższej rocznicy polisy. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczycieli potwierdzi wnioskopolisą.
8. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) upływu okresu na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres zgodnie z ust. 1,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 10,
 - 3) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 11,
 - 4) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego - z dniem złożenia wniosku, o odstąpieniu,
 - 5) niezapłacenia składki, o której mowa w § 5 ust. 2 - z upływem dodatkowego terminu wyznaczonego w pisemnym wezwaniu,
 - 6) śmierci ubezpieczonego - z dniem śmierci ubezpieczonego,
 - 7) ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia - w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 70 urodzin ubezpieczonego, zastrzeżeniem pkt. 8),
 - 8) ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia - w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 80 urodzin ubezpieczonego, w przypadku obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”, z zastrzeżeniem § 13.
 - 9) rozwiązania umowy, o którym mowa w ust. 7 - z dniem poprzedzającym początek okresu ubezpieczenia nowej umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
10. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w okresie 30 dni liczonym od początku okresu ubezpieczenia. W takim wypadku wypowiedzenie wywołuje skutek z dniem doręczenia wypowiedzenia.

12. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
13. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 4

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości ustalonej we wnioskopolisie.
2. Składka płatna jest miesięcznie, w terminach określonych we wnioskopolisie.
3. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę w terminie do 14 dnia pierwszego miesiąca trwania okresu ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający obowiązany jest wpłacić w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
5. Wysokość składki ustalona jest we wnioskopolisie i jest zależna od: zakresu ochrony ubezpieczeniowej i wysokości świadczeń na danych ryzykach ubezpieczeniowych.
6. Za dzień wpłaty składek uznaje się dzień wpływu składek na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 5

1. W przypadku braku wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, w terminie o którym mowa w § 4 ust. 3 umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą.
2. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
3. Składkę również uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty będzie niższa niż wynikająca z umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6

Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest we wnioskopolisie.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu pierwszej składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 2, 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, w okresie 6 miesięcy o których mowa w ust. 1, polega na wypłacie świadczenia jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących współubezpieczonych wygasa z dniem rozwiązania umowy, o którym mowa § 3 ust. 8.
4. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed początkiem okresu ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, do okresu 6 miesięcy o którym mowa w ust. 1 oraz w § 19, § 21, § 26 - § 29, § 32, § 35, § 37, § 38, § 40, § 45, § 48, a także do okresu 3 miesięcy o których mowa w § 23, § 24, § 33, § 34, § 44, § 46 oraz do okresu 10 miesięcy, o których mowa w § 41, § 43, zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej ww. umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 - 9.
5. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, do okresu 6 miesięcy o którym mowa w ust. 1 oraz w § 21, a także do okresu 10 miesięcy o którym mowa w § 43, zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 6-9.
6. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o którym mowa w ust. 4, 5 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania - dany rodzaj poważnego zachorowania.
7. Zaliczenie okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 4 i 5 następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 4, 5, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym

- w przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania - dany rodzaj poważnego zachorowania,
- 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 4, 5, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 5 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie - w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus,
 - 4) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 4, 5, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
8. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
 9. Ograniczenie nie dotyczy ryzyk ubezpieczeniowych: dziennego świadczenia szpitalnego, dziennego świadczenia szpitalnego PLUS, operacji ubezpieczonego oraz leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

PARTNER JAKO WSPÓLUBEZPIECZONY

§ 8

1. Zgłoszenie partnera jako współubezpieczonego może nastąpić w dniu zawierania umowy ubezpieczenia na druku wnioskopolisy, albo w terminie późniejszym na druku ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel związany jest zgłoszeniem partnera jako współubezpieczonego przez ubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia.
3. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego, a następnie wskazania innego partnera jako współubezpieczonego wskazanie takie jest skuteczne jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia danego ubezpieczającego, liczonym od daty początku okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego oraz w przypadku dokonania zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących partnera wskazanego wcześniej, wygasa w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego, rozpoczyna się zgodnie z zapisami w odpowiednich ryzykach ubezpieczeniowych.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 oraz ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 37 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 5) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 29, § 38 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka lub partnera, dziecka, na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera, dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka lub partnera, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 40, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 2) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowych wymienionych w: § 15 - § 28, § 30 - § 36, § 39, § 44 - § 46, § 49 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 5) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwłozce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów,
 - 6) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznymi, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) przewozu lotniczego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka w innym charakterze niż pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
5. Wyłączenia o których mowa w niniejszym paragrafie, nie mają zastosowania do ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 48, § 41 - § 43.
6. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 19 i § 32 wyłączenie odpowiedzialności w zakresie popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), ograniczone jest do 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 25, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej w związku z pozostawianiem ubezpieczonego: w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
8. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23, § 24, § 33, § 34, § 44, § 46 odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji poszpitalnej w wyniku:
- 1) pełnieniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 2) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 3) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 4) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 5) pozostawiania ubezpieczonego, partnera lub małżonka, dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
9. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 27, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.

10. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 26, § 35, § 45, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku chorób związanych z infekcją wirusem HIV.
11. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 28, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) operacji plastyczno-kosmetycznych, w tym usunięcia, pomniejszenia, powiększenia piersi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacji przeprowadzanych w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających warunków bloku operacyjnego,
 - 4) operacji stomatologicznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 5) operacji związanymi z leczeniem niepłodności,
 - 6) operacji wtórnych przeprowadzonych w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej,
 - 7) operacji nie wymienionych w katalogu operacji.
12. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 21, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) rozpoznanego u ubezpieczonego stwierdzenia rozsianego z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prązków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa).
13. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
14. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed początkiem okresu ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) i ust. 2 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 15 - 18.
15. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, do okresu 2 lat o którym mowa w ust. 1 pkt 1) zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14 zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wniosku, z zastrzeżeniem ust. 16 – 18.
16. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o którym mowa w ust. 14, 15 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie.
17. Zaliczenie do okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 14 i 15 następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14, 15, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 15 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wniosku - w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus,
 - 4) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 14, 15, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
18. Odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA**§ 10**

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 11 i § 12 oraz w oparciu o właściwe postanowienia ryzyk ubezpieczeniowych.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3-10, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczonego, jeżeli nie jest osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
5. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsportną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4-5 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsportną część świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień wpłaty na rachunek bankowy uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
11. Do wniosku o wypłatę świadczenia lub zawiadomienia o zajściu zdarzenia z tytułu śmierci ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie jest obowiązana dołączyć:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej,
 - 3) dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu ubezpieczonego (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury),
 - 4) inne dokumenty, o które poprosi ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia podstawy do wypłaty świadczenia i jego wysokości.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA**§ 11**

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.

§ 12

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:

- 1) małżonkowi,
- 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka,
- 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
- 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 3).

Wariant „Twoje Życie 80 Plus”

§ 13

1. W związku z osiągnięciem wieku ubezpieczonego, o którym mowa w § 3 ust. 8 pkt 8), ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach wariantu „Twoje Życie 80 Plus” na zasadach opisanych poniżej, zastrzeżeniem ust. 4.
2. W okresie co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy, ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach. W przypadku wyrażenia zgody przez ubezpieczającego na zmienione warunki, zakres ochrony ubezpieczeniowej będzie obejmował co najmniej poniższe ryzyka ubezpieczeniowe:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej
1. Śmierć ubezpieczonego
2. Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku
3. Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku

3. W propozycji przedłużenia umowy na zmienionych warunkach ubezpieczyciel określi: nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokościami świadczeń oraz wysokością składki wynikającej z zaproponowanej zmiany.
4. W przypadku braku zgody ubezpieczającego na zmienione warunki umowy, wyrażonej nieopłaceniem składki w terminie wskazanym w przesłanej propozycji, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 roku życia.

RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

§ 14

Zgodnie w wybranym wariantem przez ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować ryzyka ubezpieczeniowe, wymienione w § 15 – § 51. W sprawach nieuregulowanych w § 15 – § 51 mają zastosowanie pozostałe zapisy OWU.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 15

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 16

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy**§ 17**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy**§ 18**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu**§ 19**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
4. W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
5. Z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie.
6. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku**§ 20**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,

- 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „Tabelę Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” stanowiącą załącznik nr 2 do OWU.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie.
8. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

§ 21

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust 2.
2. W ramach umowy ubezpieczenia w wariantcie „Twoje Życie 80 Plus” ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. W przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4, 5.
6. Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
7. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
9. Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
11. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
12. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.

Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 22

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Z dniem wypłaty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego

§ 23

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. Jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
6. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
7. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
8. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu - trwał dłużej niż 6 dni.
9. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
10. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie.
12. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS

§ 24

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku choroby do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
6. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
7. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 10.
8. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobylem ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
10. Świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
11. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wniosku jako pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym oraz za rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencją) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
12. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypłaca świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy a pobylem ubezpieczonego w szpitalu.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki,

Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”

§ 25

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku,
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku,
 - 3) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 4) rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
4. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) w wyniku wypadku rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 8.
5. W przypadku gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobyt ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, świadczenie szpitalne w ww. zakresie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia.
6. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
7. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie 14 pierwszych dni, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym.
8. Świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczonego, przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
9. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu w wyniku wypadku, szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz za rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencję) ubezpieczonego w wyniku wypadku.
10. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie.
12. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a pobytem ubezpieczonego w szpitalu.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 26

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik nr 5 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u ubezpieczonego w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (w tym także danego rodzaju poważnego zachorowania) i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie ubezpieczonego, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
9. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
12. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
13. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

§ 27

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie zastosowania u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określony jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego stanowiącym załącznik nr 3 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określonego w pkt 8) katalogu metod leczenia specjalistycznego powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, stosowanego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie.
6. W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
7. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio

- zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
8. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 9. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za leczenie specjalistyczne ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 10.
 10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne ubezpieczonego,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
 11. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości procentu kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie. Procenty kwoty świadczenia określone są w katalogu metod leczenia specjalistycznego.
 12. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 13. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Operacje Ubezpieczonego

§ 28

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje wymienione w katalogu operacji „Warta Dla Ciebie i Rodziny, stanowiącym załącznik nr 4 do OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
6. W przypadku operacji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 9, 10.
9. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, 9 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8, 9 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie operacje ubezpieczonego,

- 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
- 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia - w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”.
11. Po dwóch latach od daty początku okresu ubezpieczenia, gdy w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje ubezpieczonego spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem początku okresu ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 11, zalicza się również okres opłacania składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie.
13. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
14. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca:
 - 1) 10% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie (za operacje z poziomu 1),
 - 2) 25% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie (za operacje z poziomu 2),
 - 3) 50% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie (za operacje z poziomu 3),
 - 4) 75% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie (za operacje z poziomu 4),
 - 5) 100% kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie (za operacje z poziomu 5).
15. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
16. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 17.
17. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 16 zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
18. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
19. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera

§ 29

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć małżonka lub partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
6. W przypadku śmierci małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
7. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku**§ 30**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego**§ 31**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu**§ 32**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
4. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność z tytułu z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
6. W przypadku śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
7. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie.
8. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią małżonka lub partnera.
9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera**§ 33**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku choroby oraz pobytu partnera w szpitalu na OIOM w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku oraz pobytu partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
7. W przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
8. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu małżonka lub partnera jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
9. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
10. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu - trwał dłużej niż 6 dni.
11. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie za pobyt małżonka lub partnera w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
12. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie.
14. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 15.
15. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie.
16. Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
17. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
18. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
19. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS**§ 34**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:

- 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. zawału serca lub udaru mózgu,
- 2) rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka lub partnera rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) partnera w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy oraz rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
7. W przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku choroby, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
8. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, codzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
9. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) małżonka lub partnera rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 12.
10. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobytom małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, zastrzeżeniem ust. 11.
11. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
12. Świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
13. Z tytułu codziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym oraz za rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencją) małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby.
14. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy a pobytom małżonka lub partnera w szpitalu.
15. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
17. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Wystąpienie u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania § 35

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania małżonka lub partnera.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań stanowiącym załącznik nr 5 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
7. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u małżonka lub partnera w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (w tym także danego rodzaju poważnego zachorowania) i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie małżonka lub partnera w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie małżonka lub partnera, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
11. Z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie.
12. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
13. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
14. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
15. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
17. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Inwalidztwo Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku**§ 36**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu z tytułu inwalidztwa partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego**§ 37**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, jeżeli osierocenie dziecka przez ubezpieczonego nastąpiło w wyniku wypadku.
4. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
5. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest dziecko ubezpieczonego.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Dziecka**§ 38**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci dziecka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku śmierci dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
5. Z tytułu śmierci dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku**§ 39**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci dziecka w wyniku wypadku.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Noworodka

§ 40

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci noworodka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, jeżeli śmierć noworodka nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku śmierci noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
5. Z tytułu śmierci noworodka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Urodzenie się Dziecka

§ 41

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się dziecka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka w okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, wyłącznie w przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
4. W przypadku urodzenia się dziecka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
5. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w wnioskopolisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka albo przysposobienie dziecka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
8. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się dziecka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka przez ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez ubezpieczonego.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną

§ 42

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.
4. Z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

6. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka z wadą wrodzoną oraz stwierdzenie wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Urodzenie się Wnuka

§ 43

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się wnuka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka w okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, wyłącznie w przypadku urodzenia się wnuka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem ust. 9.
4. W przypadku urodzenia się wnuka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4 i 5.
5. Z tytułu urodzenia się wnuka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela jest ubezpieczony.
7. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego wnuka albo przysposobienie wnuka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
8. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego wnuka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się wnuka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia wnuka przez dziecko ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu wnuka przez dziecko ubezpieczonego.
9. W przypadku o którym mowa w ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej stwierdzonej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

§ 44

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby lub wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. Jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.
7. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.
8. Świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni.
9. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie.

11. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania

§ 45

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania dziecka ubezpieczonego.
2. Zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania określony jest w katalogu poważnych zachorowań dziecka stanowiącym załącznik nr 6 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania określonego w pkt 17)-19) katalogu poważnych zachorowań dziecka, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u dziecka w okresie 5 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (w tym także danego rodzaju poważnego zachorowania) i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie dziecka w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie dziecka, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
9. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
12. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
13. W przypadku wystąpienia u dziecka co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

- Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Rekonwalescencja Dziecka

§ 46

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie rekonwalescencji dziecka w wyniku pobytu w szpitalu dziecka spowodowanego chorobą lub wypadkiem.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany chorobą, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany wypadkiem, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka nie obejmuje pobytu w szpitalu dziecka w wyniku choroby rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
- Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 świadczenia z tytułu rekonwalescencji dziecka ubezpieczonego.
- Z tytułu rekonwalescencji dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwoty świadczeń określone we wnioskopolisie.
- Świadczenie z tytułu rekonwalescencji dziecka wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”

§ 47

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobytem ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, rehabilitacją poszpitalną (rekonwalescencją) ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
- Z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługującą ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku, pobycie w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobycie w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz po rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku, wskazaną we wnioskopolisie pod warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.
- W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje ubezpieczonemu prawo do zakupu produktów w aptecce maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie: pobyty w szpitalu ubezpieczonego albo rehabilitacje poszpitalne (rekonwalescencje) ubezpieczonego, objęte odpowiedzialnością na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszymi paragrafie mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.

Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera

§ 48

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć rodzica partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
6. W przypadku śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 4.
7. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 49

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

„WARTA PAKIET MEDYCZNY”

§ 50

1. Użyty w niniejszym paragrafie określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
 - 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
 - 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
 - 4) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18 roku życia,
 - 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
 - 6) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie w szpitalu lub w innej placówce medycznej, związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym i trwające krócej niż 24 godziny,
 - 7) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie będący lekarzem uprawnionym,
 - 8) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego,
 - 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu,
 - 10) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
 - 11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,

- 12) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi,
 - 13) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przy szpitalnym,
 - 14) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 15) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 16) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 17) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej,
 - 18) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytých urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,
 - 19) **szpital** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 20) **świadczonodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 21) **trudna sytuacja losowa** – śmierć ubezpieczonego, śmierć dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć rodziców, śmierć rodziców małżonka lub partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko,
 - 22) **użytkowanie roweru** – jazda lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
 - 23) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony małżonek lub partner, dziecko w czasie poruszania się na rowerze ulegli obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wywrócenie się ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka w czasie jazdy rowerem,
 - 24) **transportu roweru po wypadku rowerowym** – transport roweru, który nie nadaje się do jazdy w wyniku wypadku, o którym mowa w pkt 23), znajdującego się w odległości powyżej 5 km od miejsca zamieszkania; ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca zamieszkania lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie o 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela polegające na:
 - a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka nagłego zachorowania,
 - b) doznaniu przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - c) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - d) wystąpieniu trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
 W przypadku świadczenia, o którym mowa w pkt 20 Tabeli 1 za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowych wymienionych w ust. 1 pkt 21).
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
 3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie” albo Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”.
 4. Obowiązujący dla ubezpieczonego pakiet jest wskazany we wnioskopolisie.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 6. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w ust. 9- 22.

Pakiet Medyczny w wariancie „Twoje Życie”

7. Pakiet Medyczny w wariancie „Twoje Życie” obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe: ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
8. Uprawnionym do otrzymania świadczeń z Pakietu Medycznego w wariancie „Twoje Życie”, określonych ust. 10 w Tabeli 3:
 - 1) pkt 1), pkt 5)-8), pkt 10)-13), pkt 15-17) i pkt 20)-22) jest ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko,
 - 2) pkt 2), pkt 4) i pkt 9) jest ubezpieczony, małżonek lub partner,
 - 3) pkt 18)-19) jest ubezpieczony,
 - 4) pkt 3) i pkt 14) jest dziecko ubezpieczonego.
9. Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu Medycznego „Twoje Życie” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wymienione w:
 - 1) pkt 1-15 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania,
 - 2) pkt 1-17 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - 3) pkt 18-19 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na urodzeniu się dziecka,
 - 4) pkt 20 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu trudnej sytuacji losowej,
 - 5) pkt 21-23 Tabeli dotyczące zdrowotnych usług informacyjnych.
10. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli i opisane w ust. 11-15.

Tabela 3. Zakres świadczeń Pakietu Medyczny w wariancie „Twoje Życie”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe			
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	Usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE
			TAK	TAK	NIE	NIE
			TAK	TAK	NIE	NIE
2	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
3	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania	TAK	TAK	NIE	NIE
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
9	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
12	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty	TAK	TAK	NIE	NIE

		150 zł na zdarzenie				
13	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
14	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarza pediatry	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
16	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE
17	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE
18	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	TAK	NIE
19	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	TAK	NIE
20	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK
21	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp				
22	Infolinia „baby assistance”	nielimitowany dostęp				

11. W razie wystąpienia nagłego zachorowania, lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- a) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko wymagają transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty ich transportu medycznego do placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- b) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- c) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka; wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- d) **pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli, dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- e) **prywatnych lekcji** – jeżeli, stan zdrowia dziecka, wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- f) **opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a. przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, albo
 - b. przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe, lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajęciem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony;

w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:

- c. organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,
- g) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- h) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- i) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- j) **dostawy leków** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko wymagają leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu maksymalnie do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,
- k) **trenera fitness** - jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner doznał obrażeń ciała w wyniku wypadku lub ww. osoby były hospitalizowane wskutek nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- l) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są hospitalizowani przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątnięciu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzeniu dywanów i wykładzin, sprzątnięciu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
- m) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są hospitalizowani przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- n) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 150 zł i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- o) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia:
 - a. organizację i pokrycie kosztów wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - b. organizację i pokrycie kosztów wizyty ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka u lekarza w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,

- p) **wizyty lekarza pediatry** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u dziecka, ubezpieczyciel zapewnia:
- organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - organizację i pokrywa koszty wizyty dziecka u lekarza pediatry w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- a) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu ich pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
12. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ponad zakres wskazany w ust. 11, zapewnia dodatkowo organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:
- Organizacja i pokrycie kosztów:**
- transportu roweru po wypadku** - jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko doznało obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko doznało obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.
13. W przypadku narodzin dziecka ubezpieczonemu w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:
- Organizacja i pokrycie kosztów**
- wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej) maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - trenera fitness** – ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć ubezpieczonego z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
14. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższej usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nie przekraczającej podanego limitu:
- Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi, dziecku organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
15. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- Zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:
 - udzielenie informacji o danych teled adresowych:
 - państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - aptek czynnych przez całą dobę,
 - domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - udzielenie informacji na temat:
 - działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - diet, zdrowego odżywiania się,
 - rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela,
 - Infolinii „baby assistance”**, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:
 - objawach ciąży,
 - badaniach prenatalnych,
 - wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
 - danych teled adresowe szkół rodzenia,

- e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- f) karmienia i pielęgnacji noworodka,
- g) obowiązkowych szczepień dzieci.

Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”

16. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” przysługuje wyłącznie osobom, które wybrały wariant „Twoje Życie 55 Plus”, o którym mowa w § 3 ust. 2 OWU.
17. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące osoby ubezpieczonego.
18. Uprawnionym do otrzymania świadczeń z Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”, określonych w Tabeli 4 jest ubezpieczony.
19. Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu Medycznego „Twoje Życie 55 Plus” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wymienione w:
 - 1) pkt 1-17 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania lub na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - 2) w pkt 18 Tabeli dotyczące usług informacyjnych.
20. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli i opisane w ust. 21-22.

Tabela 4. Zakres świadczeń Pakietu Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe
			nagle zachorowanie lub obrażenie ciała w wyniku wypadku
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK TAK TAK
2	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	maksymalnie do 3 dni, do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie	TAK
3	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu pobytu	TAK
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK
9	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwiej po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
11	Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji laryngologa	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 150 zł	TAK
12	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1500 zł	TAK
13	Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania miejsca zamieszkania	do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie	TAK
14	Organizacja i pokrycie kosztów sprzątnięcia grobów najbliższych	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 200 zł	TAK
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 150 zł na zdarzenie	TAK

16	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
17	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
18	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp	

21. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokryciu kosztów

- a) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego,
- b) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego,
- c) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego; wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie pięciu zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowego,
- d) **wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony) dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez ubezpieczonego; dla tej osoby ubezpieczyciel organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, maksymalnie na 3 dni i maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- e) **opieki nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a. przewozu osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, albo
 - b. przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony; w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:
 - c. organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,
- f) **opieki nad zwierzętami** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego

- przewozu oraz opieki przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- g) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- h) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- i) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu, oraz odbiór wypożyczonego sprzętu do kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- j) **dostawy leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, do kwoty 250 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,
- k) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan jego zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątnięciu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątnięciu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
- l) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- m) **konsultacji laryngologa** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego, maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- n) **zakupu aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch ubezpieczonego i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, organizuje i pokrywa koszty zwrotu zakupu aparatu słuchowego do kwoty 1 500 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- o) **dostosowania miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek w miejscu zamieszkania, do kwoty 2 000 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- p) **sprzątania grobów osób bliskich** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego, zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty sprzątania grobów osób bliskich ubezpieczonego do kwoty 200 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- q) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 150 zł i w odniesieniu do maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego,
- r) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia:
 - organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo

- b. organizację i pokrywa koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - s) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), do kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
22. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- Zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:
- a) dane teleadresowe:
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d. aptek czynnych przez całą dobę,
 - e. domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - b) informacje na temat:
 - a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c. diet, zdrowego odżywiania się,
 - c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
23. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę - w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela - na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
24. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - f) zatrucia ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych,
 - m) chorób przewlekłych.
25. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony, małżonek lub partner są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
26. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 26, powinny podać następujące informacje:
- 1) nr PESEL ubezpieczonego,

- 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
27. Ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
 28. Jeżeli ubezpieczony małżonek lub partner z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 25, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek lub partner zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
 29. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 28, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w ust. 11-15 i ust. 21-22, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym dla danej usługi.
 30. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 29, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
 31. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w ust. 11-14 i ust. 21.

Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”

§ 51

1. użytym w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2 oraz w § 50 ust. 1, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
 - 2) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej, należące do świadczeniodawcy,
 - 3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
 - 4) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania kardiologicznego albo zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
 - 5) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazany pisemnie przez ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego,
 - 6) **lekarz dyżurny** - osoba o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
 - 7) **nagle zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego figurujący na liście, stanowiącej załącznik nr 7 do OWU, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący hospitalizacją ubezpieczonego,
 - 8) **osoba kontaktowa** – osoba wskazana pisemnie ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego jako osoba uprawniona do kontaktu ze świadczeniodawcą w imieniu ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań ubezpieczonego, udostępnionych przez świadczeniodawcę na zasadach opisanych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 9) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego,
 - 10) **świadczeniodawca** – podmiot realizujący świadczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 11) **teleopieka kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 12) **zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej** – objęte ochroną ubezpieczyciela: powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienione w liście stanowiącej załącznik nr 7 do OWU), ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające

- w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujące hospitalizacją ubezpieczonego,
- 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczyciela, na podstawie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, polegające na:
 - a) nagłym zachorowaniu kardiologicznym, lub
 - b) zaostrzeniu lub powikłaniu choroby przewlekłej,
 które wystąpiło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 14) **zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione ubezpieczonemu przez świadczeniodawcę w ramach usługi teleopieki kardiologicznej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
 3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 4. Teleopieka kardiologiczna przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu ubezpieczonego.
 5. W przypadku zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, teleopieka kardiologiczna ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej ubezpieczyciel pokrywa koszty:
 - 1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu,
 - 2) przeprowadzonego przez świadczeniodawcę telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z teleopieki kardiologicznej,
 - 3) telefonicznej opieki kardiologicznej,
 - 4) odbioru przez świadczeniodawcę aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej z miejsca pobytu ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony ubezpieczonemu.
 7. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej, świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonemu całodobowy dyżur centrum telemedycznego, świadczącego następujące usługi (bez limitu ilościowego):
 - 1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - 2) analizę badań przez lekarza dyżurnego,
 - 3) stały kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym,
 - 4) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - 5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - 6) udostępnienie drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie,
 - 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego świadczeniodawcy uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie osoby kontaktowej, w przypadku wyrażenia takiej woli przez ubezpieczonego,
 - 8) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania ubezpieczonego. Warunkiem udostępnienia wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie jest pisemna zgoda ubezpieczonego przekazana do centrum operacyjnego, o której mowa ust. 23.
 8. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
 9. Warunkiem telefonicznego kontaktu lekarza dyżurnego centrum telemedycznego z ubezpieczonym jest posiadanie przez ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z centrum operacyjnym.
 10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) zdarzeń niezwiązanych z nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej,
 - 4) zdarzeń związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową,
 - 5) zdarzeń zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierzonego badaniami,
 - 6) zdarzeń zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,

- 7) zdarzeń zaistniałych w wyniku poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 8) zdarzeń zaistniałych w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
- 9) zdarzeń zaistniałych w wyniku zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 10) zdarzeń powstałych w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
- 11) uprawiania przez ubezpieczonego, niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
11. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi teleopieki kardiologicznej, jeżeli jest ono wynikiem działania siły wyższej.
12. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypadku wystąpienia siły wyższej.
13. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.
14. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
15. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadczeniodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
16. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informować centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awariach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
17. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
18. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie teleopieki kardiologicznej przez świadczeniodawcę.
19. Po zakończeniu teleopieki kardiologicznej ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu centrum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.
20. W celu skorzystania z teleopieki kardiologicznej ubezpieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
21. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr wnioskopolis),
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - 3) adres miejsca pobytu.
22. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum operacyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego leczenie.
23. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum operacyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenie stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej, lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
24. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świadczenia teleopieki kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 21-23, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubezpieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopieki kardiologicznej.
25. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubezpieczonemu zestawu teleopieki kardiologicznej.
26. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 20-22 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia teleopieki kardiologicznej, do czasu przekazania do centrum operacyjnego niezbędnych do wykonania świadczenia informacji, wymienionych w ust. 20-22.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 52**

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wnioskopoliszy lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wnioskopoliszy lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wnioskopoliszy lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
7. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w ust. 18, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
11. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp),
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
12. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
13. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa., Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
14. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2016, poz. 1888 z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (Dz.U. 2016, poz. 205 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2016, poz. 380 z późn. zm.).
15. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
16. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 120/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 6 czerwca 2017 roku i wprowadzone w życie z dniem 4 lipca 2017 roku.

Załącznik nr 1 Wykaz wad wrodzonych dotyczących Urodzenia się Dziecka/Wnuka „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone:

- Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe,
- Q01 przepuklina mózgowa,
- Q02 małogłowie,
- Q03 wodogłowie wrodzone,
- Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu,
- Q05 rozszczep kręgosłupa,
- Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego,
- Q07 inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego,
- Q10 wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu,
- Q11 bezocze, małowocze i wielkowocze,
- Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki,
- Q13 wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka,
- Q14 wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka,
- Q15 inne wrodzone wady rozwojowe oka,
- Q16 wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu,
- Q17 inne wrodzone wady rozwojowe ucha,
- Q18 inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi,
- Q20 wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych,
- Q21 wrodzone wady rozwojowe przegród serca,
- Q22 wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej,
- Q23 wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej,
- Q24 inne wrodzone wady rozwojowe serca,
- Q25 wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic,
- Q26 wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych,
- Q27 inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego,
- Q28 inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia,
- Q30 wrodzone wady rozwojowe nosa,
- Q31 wrodzone wady rozwojowe krtani,
- Q32 wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli,
- Q33 wrodzone wady rozwojowe płuc,
- Q34 inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego,
- Q35 rozszczep podniebienia,
- Q36 rozszczep wargi,
- Q37 rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi,
- Q38 inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani,
- Q39 wrodzone wady rozwojowe przełyku,
- Q40 inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- Q41 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego,
- Q42 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego,
- Q43 inne wrodzone wady rozwojowe jelit,
- Q44 wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby,
- Q45 inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego,
- Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
- Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
- Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
- Q53 niezstąpienie jąder,
- Q54 spodziectwo,
- Q55 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich,
- Q56 płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome,
- Q60 niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej,
- Q61 wielotorbielowatość nerek,
- Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu,
- Q63 inne wrodzone wady rozwojowe nerek,
- Q64 inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego,
- Q65 wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego,
- Q66 wrodzone zniekształcenia stopy,
- Q67 wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej,
- Q68 inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne,
- Q69 palce dodatkowe,
- Q70 zrost palców,
- Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej,
- Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej,
- Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone,
- Q74 inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y),

Q75 inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy,
 Q76 wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej,
 Q77 dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa,
 Q78 inne osteochondrodysplazje,
 Q79 wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q80 wrodzona rybia łuska,
 Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka,
 Q82 inne wrodzone wady rozwojowe skóry,
 Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych,
 Q84 inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała,
 Q85 choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy),
 Q86 zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q87 inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów,
 Q89 inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q90 zespół Downa,
 Q91 zespół Edwardsa i zespół Pataua,
 Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q93 monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q95 zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q96 zespół Turnera,
 Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej,
 Q99 inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej.

Załącznik nr 2 Tabela Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

Załącznik nr 3 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

1. Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego, będące przedmiotem ubezpieczenia w ramach ryzyka ubezpieczeniowego leczenia specjalistycznego ubezpieczenia:
 - 1) ablacja (100%)*,
 - 2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%),
 - 3) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%),
 - 4) chemioterapia (100%),
 - 5) radioterapia (100%),
 - 6) terapia interferonowa (100%),
 - 7) dializoterapia (100%),
 - 8) wertybroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%).

* w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie.

1) ABLACJA

Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca,

2) WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA

Za wszczepienie kardiowertera/defibrylatora uważa się metodę leczenia chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną,

3) WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA SERCA, KARDIOSTYMULATORA)

Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia) polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego,

4) CHEMIOTERAPIA

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC, podanego drogą pozajelitową,

5) RADIOTERAPIA

Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych,

6) TERAPIA INTERFERONOWA

Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową,

7) **DIALIZOTERAPIA**

Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej,

8) **WERTEBROPLASTYKA**

Za wertybroplastyk uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.

Załącznik nr 4 Katalog Operacji „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
2.	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	5
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
4.	Drenaż okolicy zmiany w tkance mózgowej	4
5.	Operacja wszczepienia stymulatora mózgu (neurostymulacja mózgu)	4
6.	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynkowej mózgu	4
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego	5
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	4
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	4
12.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	3
15.	Usunięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
16.	Operacja naprawcza opony twardej	5
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	4
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej	4
19.	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
20.	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	5
21.	Wycięcie nerwu obwodowego	2
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego	2
23.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	2
24.	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	3

25.	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	3
-----	--	---

B	Operacje gruczołów dokrewnych i gruczołu sutkowego	Poziomy operacji*
----------	---	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	4
2.	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	4
3.	Operacja szyszynki	5
4.	Całkowite usunięcie tarczycy	4
5.	Wycięcie połowy tarczycy (płata)	3
6.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	4
7.	Wycięcie tarczycy językowej	3
8.	Wycięcie przytarczyc	3
9.	Wycięcie grasicy	2
10.	Wycięcie nadnercza	3
11.	Wycięcie zmiany nadnercza	2
12.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	3
13.	Całkowite wycięcie (amputacja) gruczołu sutkowego	4
14.	Częściowe wycięcie gruczołu sutkowego	2
15.	Usunięcie zmiany gruczołu sutkowego	1
16.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	1

C	Operacje oka	Poziomy operacji*
----------	---------------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Wycięcie gałki ocznej	3
2.	Usunięcie zmiany oczodołu	3
3.	Protezowanie gałki ocznej	1
4.	Rewizja protezy gałki ocznej	1
5.	Operacyjna plastyka oczodołu	3
6.	Nacięcie oczodołu	2
7.	Usunięcie zmiany powieki	1
8.	Wycięcie nadmiaru powieki	1
9.	Rekonstrukcja powieki	1
10.	Korekcja deformacji powieki	1

11.	Korekcja opadania powieki	1
12.	Operacja gruczołu łzowego	1
13.	Zespolecie dróg łzowych z jamą nosową	2
14.	Operacja kanału łzowego	1
15.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
16.	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
17.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
18.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
19.	Usunięcie zmiany spojówki	1
20.	Operacja naprawcza spojówki	1
21.	Wycięcie zmiany rogówki	1
22.	Operacja naprawcza rogówki	1
23.	Usunięcie zmiany twardówki	1
24.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
25.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki bez klamrowania	1
26.	Nacięcie twardówki	1
27.	Wycięcie tęczówki	1
28.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
29.	Nacięcie tęczówki	1
30.	Usunięcie ciała rzęskowego	2
31.	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
32.	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
33.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
34.	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
35.	Operacja ciała szklistego	2
36.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
D	Operacje ucha	Poziomy operacji*

Nazwa operacji

1.	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
2.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
3.	Plastyka ucha zewnętrznego	2
4.	Drenaż ucha zewnętrznego	1

5.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
7.	Drenaż ucha środkowego	1
8.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
9.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
10.	Operacja trąbki Eustachiusza	2
11.	Operacja ślimaka	4
12.	Operacja aparatu przedsionkowego	3
13.	Operacja naprawcza ucha środkowego	1

E	Operacje układu oddechowego	Poziomy operacji*
----------	------------------------------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Operacja naprawcza nosa (po złamaniu kości nosa)	2
2.	Operacja przegrody nosa	1
3.	Amputacja (usunięcie) nosa	3
4.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
5.	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
6.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	2
7.	Operacja zatoki czołowej	2
8.	Operacja zatoki klinowej	2
9.	Operacja zatoki nosa	1
10.	Wycięcie gardła	4
11.	Operacja naprawcza gardła	3
12.	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2
13.	Wycięcie krtani	3
14.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	3
15.	Rekonstrukcja krtani	3
16.	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	1
17.	Usunięcie zrostów krtani	1
18.	Częściowe wycięcie tchawicy	4
19.	Plastyka tchawicy	3
20.	Usunięcie zrostów tchawicy	1

21.	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	3
22.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
23.	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
24.	Częściowe usunięcie oskrzela	3
25.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
26.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
27.	Przeszczep płuca	5
28.	Całkowite usunięcie płuca	5
29.	Usunięcie płata płuca	4
30.	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	4
31.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	3
32.	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	3

F	Operacje w zakresie jamy ustnej	Poziomy operacji*
----------	--	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Częściowe wycięcie wargi	1
2.	Usunięcie zmiany wargi	1
3.	Korekcja deformacji wargi	2
4.	Całkowite wycięcie języka	3
5.	Usunięcie zmiany języka	1
6.	Nacięcie języka	1
7.	Usunięcie zmiany podniebienia	1
8.	Korekcja deformacji podniebienia	3
9.	Wycięcie migdałków	1
10.	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	1
11.	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
12.	Wycięcie ślinianki	1
13.	Usunięcie zmiany ślinianki	1
14.	Nacięcie gruczołu ślinowego	1

15.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
16.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
17.	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
18.	Poszerzenie przewodu ślinowego	1

G	Operacje górnej części przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
----------	--	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Wycięcie przełyku i żołądka	5
2.	Całkowite wycięcie przełyku	5
3.	Częściowe wycięcie przełyku	3
4.	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	3
5.	Zespoleńie omijające przełyku	5
6.	Rewizja zespolenia przełyku	3
7.	Operacja naprawcza przełyku	5
8.	Wytworzenie przetoki przełykowej	3
9.	Nacięcie przełyku	2
10.	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	3
11.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	3
12.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	2
13.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	2
14.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
15.	Operacja antyrefluksowa	2
16.	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	1
17.	Całkowite wycięcie żołądka	5
18.	Częściowe wycięcie żołądka	4
19.	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	4
20.	Operacja plastyczna żołądka	4
21.	Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	3
22.	Zespoleńie żołądkowo-czce	3
23.	Gastrostomia	1
24.	Usunięcie zrostów otrzewnowych metodą otwartą	2
25.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
26.	Pyloromyotomia	2

27.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	1
28.	Wycięcie dwunastnicy	3
29.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	3
30.	Zespoleenie omijające dwunastnicy	3
31.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
32.	Endoskopowa operacja dwunastnicy	1
33.	Wycięcie jelita czczego	3
34.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	3
35.	Jejunostomia	3
36.	Zespoleenie omijające jelita czczego	3
37.	Endoskopowa operacja jelita czczego	2
38.	Wycięcie jelita krętego	3
39.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	3
40.	Zespoleenie omijające jelita krętego	3
41.	Rewizja zespolenia jelita krętego	3
42.	Wytworzenie ileostomii	3
43.	Rewizja ileostomii	3
44.	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	2
45.	Endoskopowa operacja jelita krętego	2

H	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
----------	--	--------------------------

Rodzaj operacji

1.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
2.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
3.	Całkowite wycięcie okrężnicy	5
4.	Nacięcie okrężnicy	2
5.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	4
6.	Resekcja poprzecznicy	4
7.	Lewostronna hemikolektomia	4
8.	Wycięcie esicy	4
9.	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	4
10.	Zespoleenie omijające okrężnicy	3

11.	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	2
12.	Wyłonienie kątnicy	3
13.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	3
14.	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	1
15.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy	1
16.	Wycięcie odbytnicy metodą otwartą	5
17.	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	4
18.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	4
19.	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	3
20.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	4
21.	Wycięcie odbytu	4
22.	Wycięcie zmiany odbytu	1
23.	Operacja naprawcza odbytu	3
24.	Wycięcie hemoroidów	2
25.	Drenaż przez okolicę krocza	1
26.	Wycięcie zatoki włosowej	1

I	Operacje innych narządów jamy brzusznej	Poziomy operacji*
----------	--	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Przeszczep wątroby	5
2.	Częściowe wycięcie wątroby	4
3.	Usunięcie zmiany wątroby	4
4.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	3
5.	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2
6.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
7.	Zespoleń pęcherzyka żółciowego	3
8.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	3
9.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	1
10.	Przezskórną terapeutyczną operacją pęcherzyka żółciowego	2
11.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	3
12.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
13.	Zespoleń przewodu wątrobowego	4
14.	Zespoleń przewodu żółciowego wspólnego	3

15.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	3
16.	Nacięcie przewodu żółciowego	2
17.	Przezdunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
18.	Przezdunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
19.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	1
20.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
21.	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	1
22.	Przeszkórną rewizja połączenia przewodu żółciowego	1
23.	Przeszkórną implantacja protezy przewodu żółciowego	2
24.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	1
25.	Przeszczep trzustki	5
26.	Całkowite wycięcie trzustki	5
27.	Wycięcie głowy trzustki	5
28.	Usunięcie zmiany trzustki	3
29.	Zespoleń przewodu trzustkowego	4
30.	Otwarty drenaż trzustki	3
31.	Nacięcie trzustki	3
32.	Całkowite wycięcie śledziony	2
33.	Wycięcie zmiany śledziony	1

J	Operacje serca i naczyń wieńcowych	Poziomy operacji*
----------	---	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Przeszczep płuc i serca	5
2.	Przeszczep serca	5
3.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
4.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	5
5.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
6.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	5
7.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
8.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
9.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	4
10.	Przeznaczyniowa operacja przegrody serca	4
11.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	4

12.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	4
13.	Plastyka przedsionka serca	5
14.	Walwuloplastyka mitralna	5
15.	Walwuloplastyka aortalna	5
16.	Plastyka zastawki trójdzielnej	5
17.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
18.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	5
19.	Rewizja plastyki zastawki serca	5
20.	Otwarta walwulotomia	5
21.	Zamknięta walwulotomia	5
22.	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	4
23.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
24.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	5
25.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	5
26.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	5
27.	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	5
28.	Otwarta koronaroplastyka	4
29.	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
30.	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	4
31.	Wszczepienie systemu wspomagania serca	3
32.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
33.	Inny stały sposób stymulacji serca	4
34.	Wycięcie osierdzia	5
35.	Drenaż osierdzia	3
36.	Nacięcie osierdzia	3

K	Operacje naczyń tętnicznych i żylnych	Poziomy operacji*
----------	--	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
2.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5
3.	Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	4
4.	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
5.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4

6.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	5
7.	Przeškórna operacja tętnicy płucnej	4
8.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
9.	Wycięcie tętniaka aorty	5
10.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
11.	Plastyka aorty	5
12.	Przeznaczeniowa operacja aorty	4
13.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	4
14.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	3
15.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej metodą otwartą	2
16.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
17.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	3
18.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
19.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	3
20.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
21.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	3
22.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
23.	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
24.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
25.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
26.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	3
27.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
28.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
29.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	2
30.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	2
31.	Wycięcie innej tętnicy	2
32.	Operacja naprawcza innej tętnicy	2
33.	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	2
34.	Zespolecie tętniczno-żylne	2
35.	Zespoleenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
36.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
37.	Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
38.	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	1

39.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	1
-----	---	---

L	Operacje układu moczowego	Poziomy operacji*
----------	----------------------------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Przeszczep nerki	4
2.	Całkowite wycięcie nerki	4
3.	Częściowe wycięcie nerki	3
4.	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	3
6.	Nacięcie nerki	2
7.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	1
8.	Operacja nerki przez nefrostomię	1
9.	Wycięcie moczowodu	3
10.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	3
11.	Reimplantacja moczowodu	3
12.	Operacja naprawcza moczowodu	3
14.	Endoskopowa operacja moczowodu przez nefroskop	2
15.	Endoskopowa operacja moczowodu przez ureteroskop	1
16.	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	2
17.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
18.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
19.	Powiększenie pęcherza metodą otwartą	3
20.	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	1
21.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
22.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	1
23.	Brzuschno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
24.	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
26.	Endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	1
27.	Wycięcie prostaty metodą otwartą	3
28.	Endoskopowa operacja prostaty	1
29.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	1
30.	Wycięcie cewki moczowej	3
31.	Operacja naprawcza cewki moczowej	3

32.	Endoskopia cewki moczowej	1
33.	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	1

M	Operacje męskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
----------	--	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Usunięcie moszny	2
2.	Częściowe wycięcie moszny	1
3.	Obustronne wycięcie jąder	3
4.	Usunięcie jądra	2
5.	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	3
6.	Sprowadzenie jądra do moszny	2
7.	Protezowanie jądra	2
8.	Operacja wodniaka jądra	1
9.	Operacja najądrza	1
10.	Wycięcie nasieniowodu	1
11.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
12.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
13.	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
14.	Amputacja prącia	3
15.	Usunięcie zmiany prącia	1
16.	Operacja naprawcza prącia	1
17.	Protezowanie prącia	1
18.	Operacja napletka	1

N	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
----------	---	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Operacja techtaczkki	1
2.	Operacja gruczołu Bartholina	1
3.	Wycięcie sromu	2
4.	Wycięcie zmiany sromu	1
5.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
6.	Nacięcie kanału pochwy	1
7.	Wycięcie pochwy	1

8.	Nacięcie zrostów pochwy	1
9.	Usunięcie zmiany pochwy	1
10.	Operacja naprawcza pochwy	1
11.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	1
12.	Plastyka sklepienia pochwy	1
13.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
14.	Wycięcie szyjki macicy	1
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
16.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszna	4
17.	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	3
18.	Operacja macicy metodą endoskopową	1
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
21.	Częściowe wycięcie jajowodu	2
22.	Wszczepienie protezy jajowodu	2
23.	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
24.	Nacięcie jajowodu	2
25.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	2
26.	Częściowe wycięcie jajnika	2
27.	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	2
28.	Operacja naprawcza jajnika	2
29.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	2
30.	Operacja więzadła szerokiego macicy	2
31.	Operacja innego więzadła macicy	2

O	Operacje skóry	Poziomy operacji*
----------	-----------------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3
2.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
3.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórniego	1
4.	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
5.	Przeszczep płata skórniego z unerwieniem	3
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	1

7.	Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
8.	Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
9.	Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	1
10.	Przeszczep płata śluzówki	1
11.	Siatkowy autoprzeszczep skóry	1
12.	Przeszczep śluzówki	1
13.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
14.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
15.	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	1

P	Operacje tkanek miękkich	Poziomy operacji*
----------	---------------------------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
2.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
3.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	4
4.	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	2
5.	Operacja naprawcza pękniętej przepony	5
6.	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	1
7.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
8.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
9.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
10.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
11.	Plastyka przepukliny pępkowej	1
12.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
13.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
14.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
15.	Operacja dotycząca pępka	1
16.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	1
17.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	1
18.	Operacja dotycząca sieci	1
19.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
20.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
21.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	1

22.	Operacja endoskopowa otrzewnej	1
23.	Przeszczep powięzi	1
24.	Wycięcie powięzi brzucha	1
25.	Usunięcie zmiany powięzi	1
26.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
27.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
28.	Operacja kaletki maziowej	1
29.	Przełożenie ścięgna	2
30.	Wycięcie ścięgna	2
31.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	2
32.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
33.	Uwolnienie ścięgna	1
34.	Zmiana długości ścięgna	1
35.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
36.	Przeszczep mięśnia	3
37.	Wycięcie mięśnia	1
38.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	1
39.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
40.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
41.	Drenaż węzła chłonnego	1
42.	Operacja przewodu limfatycznego	2
43.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1

R	Operacje kości i stawów	Poziomy operacji*
----------	--------------------------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Operacja naprawcza czaszki	4
2.	Otwarcie czaszki	5
3.	Operacja usunięcia zmiany kości czaszki	1
4.	Wycięcie kości twarzy	2
5.	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	2
6.	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą (bez nastawienia kości nosa)	2
7.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
8.	Wycięcie żuchwy	3

9.	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	2
10.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
11.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
12.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	5
13.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
14.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	5
15.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	4
16.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	4
17.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
21.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
22.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
24.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	4
25.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	4
26.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
27.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	3
28.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
29.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
30.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
31.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
32.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
33.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	3
34.	Wycięcie kości ektopowej	1
35.	Usunięcie zmiany kości	2
36.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2
37.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2
38.	Rozdzielenie trzonu kości	2
39.	Rozdzielenie kości stopy	2
40.	Drenaż kości	2

41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
42.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3
43.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2
44.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
46.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	1
47.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	4
49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	4
50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	3
51.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	3
52.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
53.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
54.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	4
55.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	4
56.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	4
57.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	4
58.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	2
59.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	2
60.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
61.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	1
62.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu ze stabilizacją wewnętrzną	1
63.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	1
64.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
65.	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
66.	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
67.	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	3
68.	Protezowanie ścięgna	3
69.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
70.	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
71.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
72.	Operacja struktur okołostawowych palucha	1
73.	Endoskopowa operacja chrząstki półksiężycowatej	2

74.	Endoskopowa operacja innych chrząstek stawowych	2
75.	Endoskopowa operacja innych struktur stawowych	2
76.	Endoskopowa operacja stawu kolanowego	2
77.	Endoskopowa operacja innego stawu	2

S	RÓŻNE	Poziomy operacji*
----------	--------------	--------------------------

Nazwa operacji

1.	Reimplantacja kończyny górnej	4
2.	Reimplantacja kończyny dolnej	4
3.	Reimplantacja innego narządu	2
4.	Wszczepienie protezy kończyny	4
5.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	4
6.	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	3
7.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
8.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	3
9.	Amputacja palucha lub kciuka	2
10.	Amputacja palca (z wyłączeniem utraty paliczka dalszego lub opuszki)	1

* skala operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Załącznik nr 5 Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) operacja pomostowania naczyń wieńcowych,
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczepianie narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) utrata wzroku,
- 10) utrata słuchu,
- 11) utrata mowy,
- 12) ciężkie oparzenia,
- 13) łagodny nowotwór mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) operacja aorty,
- 16) choroba Alzheimera,
- 17) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 18) operacja zastawek serca,
- 19) stwardnienie rozsiane,
- 20) choroba Parkinsona,
- 21) anemia aplastyczna,
- 22) zapalenie mózgu,
- 23) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 24) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 25) choroba Creutzfeldta - Jakoba,
- 26) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi),
- 27) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności

(w związku z wykonywanym zawodem).

- 28) bąblowiec mózgu,
- 29) zgorzel gazowa,
- 30) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
- 31) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 32) ropień mózgu,
- 33) sepsa,
- 34) przewlekłe zapalenie wątroby typu B,
- 35) przewlekłe zapalenie wątroby typu C,
- 36) borelioza,
- 37) tężec,
- 38) wścieklizna,
- 39) gruźlica,
- 40) choroba Huntingtona,
- 41) zakażona martwica trzustki,
- 42) choroba neuronu ruchowego,
- 43) bakteryjne zapalenie wsierdza,
- 44) utrata kończyn wskutek choroby.

1) **NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY**

Za **nowotwór (guz) złośliwy** uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- 5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
- 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego,

2) **ZAWAŁ SERCA**

Za **zawał serca** uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- 2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,

3) **UDAR MÓZGU**

Za **udar mózgu** uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- 1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- 2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- 3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,

- 5) symptomy spowodowane migreną,
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej),

4) OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Za **operację pomostowania naczyń wieńcowych** uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,

5) NIETYDOLNOŚĆ NEREK

Za **niewydolność nerek** uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki,

6) PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

Za **przeszczepianie narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,

2) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

7) PARALIŻ

Za **paraliż** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia,

8) UTRATA KOŃCZYN

Za **utratę kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

9) UTRATA WZROKU

Za **utratę wzroku** uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

10) UTRATA SŁUCHU

Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

11) UTRATA MOWY

Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

12) CIĘŻKIE OPARZENIA

Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała,

13) ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne,

14) ŚPIĄCZKA

Za **śpiączkę** uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin.

Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

15) OPERACJA AORTY

Za **operację aorty** uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

16) CHOROBA ALZHEIMERA

Za **chorobę Alzheimera** uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych,

17) SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Za **schyłkową niewydolność wątroby** uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- b) trwała żółtaczką,
- c) żylaki przełyku,
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków,

18) OPERACJA ZASTAWEK SERCA

Za **operację zastawek serca** uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii,

19) STWARDNIENIE ROZSIANE

Za **stwardnienie rozsiane** uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

20) CHOROBA PARKINSONA

Za **chorobę Parkinsona** uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

Czynności dnia codziennego:

- 1) Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
- 2) Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
- 3) Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
- 4) Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
- 5) Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni,
- 6) Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem. Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną,

21) ANEMIA APLASTYCZNA

Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwio pochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii,

22) ZAPALENIE MÓZGU

Za **zapalenie mózgu** uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową,

23) SCHYŁKOWA NIETYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

Za **schyłkową nietydolność oddechową** uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą nietydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa,

24) ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za **zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych** uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego,

25) CHOROBA CREUTZFELDTA - JAKOBA

Za **chorobę Creutzfeldta - Jakoba** uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa,

26) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwio pochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,

27) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem)

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia,

28) BĄBLOWIEC MÓZGU

Za **bąbłowiec mózgu** uważa się tylko taki bąbłowiec mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąbłowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym,

29) ZGORZEL GAZOWA

Za **zgorzel gazową** uważa się tylko taką zgorzel, która wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania potwierdzonego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum,

30) MASYWNY ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

Za **masywny zator tętnicy płucnej** uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej,

31) ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

Za **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** uważa się tylko taką chorobę przenoszona przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji i została potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,

32) ROPIEŃ MÓZGU

Za **ropień mózgu** uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu,

33) SEPSA

Za sepsę uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.

Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

34) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Za **wirusowe zapalenie wątroby typu B** uważa się: rozlaną zapalną chorobę mięszu wątroby wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) trwającą co najmniej 6 miesięcy. Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie obecności antygeny Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest również: - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie ($> 1,5 \times$ górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy.

Ochroną nie są objęte zapalenia wątroby, w przypadku których dodatkowym czynnikiem etiologicznym (oprócz wirusa HBV) są: alkohol, toksyny, leki.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przestrzegania zalecanego schematu szczepień,

35) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** uważa się przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy.

Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:

- stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA,
- w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS,

36) BORELIOZA

Za **boreliozę** uważa się krętkowicę przenoszona przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swojego badania immunologicznego,

37) TĘŻEC

Za **tężec** uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

38) WŚCIEKLIZNA

Za **wściekliznę** uważa się tylko taką ostrą chorobę zakaźną wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (Rabies virus),

39) GRUŻLICA

Za **gruźlicę** uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) i przebiega z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego,

40) CHOROBA HUNTINGTONA

Za chorobę Huntingtona uważa się postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne,

41) ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI

Za **zakażoną martwicę trzustki** uważa się tylko taką zakażoną martwicę trzustki, z powodu której przeprowadzono pierwszorazową operację chirurgiczną polegającą na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu,

42) CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO

Za **chorobę neuronu ruchowego** uważa się tylko taką postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego, która jest spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych: obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG),

43) BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIEDZIA

Za **bakteryjne zapalenie wsierdza** uważa się tylko takie pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo- naczyniowym, które zostało rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.

Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających,

44) UTRATA KOŃCZYN

Za **utrata kończyn** uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:

- a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych,
- b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.

Załącznik nr 6 Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA DLA CIEBIE I RODZINY”

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny nowotwór mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby,
- 9) ciężkie oparzenia,
- 10) operacja serca w krążeniu pozaustrojowym,
- 11) anemia aplastyczna,
- 12) choroba Kawasaki,
- 13) nabyta niedokrwistość hemolityczna,
- 14) nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis),
- 15) paraliż,
- 16) tężec,
- 17) utrata kończyn
- 18) utrata słuchu
- 19) utrata wzroku,
- 20) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi),

21) bakteryjne zapalenie opon mózgowych rdzeniowych.

1) **NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY**

Za **nowotwór (guz) złośliwy**, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- 5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
- 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego,

2) **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK**

Za **niewydolność nerek** uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowo dializa oraz niewydolność jednej nerki,

3) **ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU**

Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego z dostępu przez trepanację czaszki lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: guzy przysadki mózgowej i naczyniaki (angioma),

4) **ŚPIĄCZKA**

Za **śpiączkę** uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

5) **WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU**

Za **wirusowe zapalenie mózgu** uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa,

6) **DYSTROFIA MIĘŚNIOWA**

Za **dystrofię mięśniową** uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni,

7) **CUKRZYCA**

Za **cukrzycę** uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa,

8) **PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY**

Za **przewlekłą niewydolność wątroby** uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczką, wodobrzusza, żyłaków przełyku, encefalopatią,

9) **CIĘŻKIE OPARZENIA**

Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała mierzonego wg Reguły dziewiątek Wallace'a lub metodą Lunda i Browdera spowodowane uszkodzeniem tkanki przez czynniki termiczne, chemiczne lub elektryczne,

10) OPERACJA SERCA W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM

Za **operację serca w krążeniu pozaustrojowym** uważa się przebycie przez dziecko ubezpieczonego pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszystkie zabiegi nie wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania sztucznego płuco-serca oraz operacje przeprowadzone z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed ubezpieczeniem. Fakt przebycia operacji musi być potwierdzony dokumentacją medyczną z oddziału kardiologii, który przeprowadził leczenie,

11) ANEMIA APLASTYCZNA

Za **anemię aplastyczną** uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwóch z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: wady wrodzone oraz przypadki anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii,

12) CHOROBA KAWASAKI

Za **chorobę Kawasaki** z następowym wytworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych uważa się przebycie potwierdzonej dokumentacją szpitalną ostrej fazy choroby przebiegającej z gorączką powyżej 39 st. Celsjusza o niewyjaśnionej przyczynie trwającej co najmniej 5 dni i towarzyszącymi co najmniej czterema z pięciu niżej wymienionych objawów:

- 1) zmiany dotyczące kończyn: w fazie ostrej: rumień, obrzęki dłoni, stóp; w fazie podostrej: około paznokciowe złuszczenie skóry palców dłoni i stóp (2-3 tydzień choroby),
- 2) różnokształtna wysypka,
- 3) obustronne zapalenie spojówek, bez wysięku,
- 4) zmiany dotyczące warg i jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i nosowo-gardłowe,
- 5) limfadenopatia dotycząca szyi, zazwyczaj jednostronna: co najmniej 1 węzeł chłonny o średnicy większej niż 1,5 cm.

Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa w oparciu o udokumentowane w badaniach obrazowych (np. Echo serca, angio - CT, NMR) obecności tętniaków tętnic wieńcowych po upływie 6 miesięcy od przebycia ostrego epizodu choroby,

13) NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA

Za **nabytą niedokrwistość hemolityczną** uważa się, stan chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:

- a) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych, lub
- b) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych, lub
- c) jest chorobą wrodzoną, lub
- d) jest nocną napadową hemoglobinurią,

14) NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE (POLIOMYELITIS)

Za **nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)** uważa się tylko takie porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu i które musi łącznie:

- a) zostać jednoznacznie rozpoznane (zdiagnozowane) przez neurologa i mieć udokumentowanie w wynikach badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi,
- b) prowadzić do trwałego porażenia przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych w tym samym czasie, przez co najmniej 3 miesiące po rozpoznaniu choroby.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przebycia szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio,

15) PARALIŻ

Za **paraliż** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia,

16) TĘŻEC

Za **tężec** uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

17) UTRATA KOŃCZYN

Za **utratę kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy,

18) UTRATA SŁUCHU

Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

19) UTRATA WZROKU

Za **utratę wzroku** uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

20) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI W WYNIKU TRANSFUZJI KRWI

Za **HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że ubezpieczonemu przetoczono zakażoną krew lub preparaty krwiopochodne pochodzące z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,

21) BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO- RDZENIOWYCH

Za **bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych** uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

Załącznik nr 7 Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”

Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, zgodnie z definicją nagłego zachorowania kardiologicznego oraz zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3

Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9
Dusznicza niestabilna	I20.0
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postacie duszniczy bolesnej	I20.8
Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
Tętniak serca	I25.3
Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5
"Ciche" (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
Przewlekła choroba niedokrwiennej serca, nieokreślona	I25.9
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9

Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Wypadanie płatka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0

Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba wsierdza (eozynofilowa)	I42.3
Zwłóknienie sprężyste wsierdza (fibroelastoza wsierdza)	I42.4
Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7
Inne kardiomiopatie	I42.8
Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2
Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2
Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Blok prawej odnogi	I45.0
Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Blok dwugałęziowy	I45.2
Blok trójgałęziowy	I45.3
Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
Inny określony blok serca	I45.5
Zespół preekscytacji	I45.6
Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0

Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
Częstoskurcz komorowy	I47.2
Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łączy przedsionkowo-komorowego	I49.2
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Zespół chorej zatoki	I49.5
Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9
Niewydolność serca zastoinowa	I50.0
Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
Pęknięcie struny ścięgna niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzepina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7
Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8