

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS

Obowiązujące od 5 czerwca 2025 roku

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS

- 3** Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
- 3** Postanowienia ogólne
- 3** Definicje
- 4** Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- 4** Zawarcie Umowy
- 5** Ochrona ubezpieczeniowa
- 5** Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
- 5** Suma ubezpieczenia
- 5** Składka
- 6** Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki
- 6** Zmiana częstotliwości opłacania Składek
- 6** Wskazanie osób Uposażonych
- 6** Skutki podania nieprawdziwych informacji
- 6** Świadczenie z tytułu Umowy
- 6** Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
- 7** Wypłata świadczeń
- 7** Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
- 7** Prawa i obowiązki Towarzystwa
- 8** Reklamacje
- 8** Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS
(kod GPR_OWU_05.2025) dalej „OWU”
z uwzględnieniem definicji z OWU
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4 ust. 1; § 20	§ 19; § 21

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS**

(KOD GPR_OWU_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową”).
- Przez Umowę Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, zwana dalej „Towarzystwem”, zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w Umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.

Definicje

§ 2

- Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
 - Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 - Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - Składka** – łączna kwota składki należnej od Ubezpieczającego na podstawie zawartej Umowy oraz składki (składek) z tytułu Umów dodatkowych, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumencie ubezpieczenia;
 - Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy;
 - Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;

- 8) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 9) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy;
 - 10) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 11) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 12) **Uprawniony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 18 ust. 6;
 - 13) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 14) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”).
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane przez Ubezpieczającego we Wniosku, wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
3. Zakres Umowy zostaje rozszerzony o Umowy dodatkowe na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Zawarcie Umowy

§ 5

Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem. Jeżeli Towarzystwo posługuje się wzorcami umowy w postaci elektronicznej, doręcza wymienione w zdaniu poprzedzającym dokumenty w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa zawierana jest na okres jednego Roku polisy. Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok polisy na warunkach określonych w OWU, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem Roku polisy, oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 81 roku życia.
3. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

1. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
2. Jeżeli w odpowiedzi na złożony Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
3. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, poinformuje o tym Ubezpieczającego, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat:

- 1) w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 albo
- 2) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w tym za pośrednictwem infolinii Towarzystwa, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 16 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy;
 - 4) rozwiązania ostatniej Umowy dodatkowej posiadanej w ramach Umowy – z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 5) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem Roku polisy, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku zawarcia Umów dodatkowych w wariantcie pakietowym, najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy wraz z pakietem Umów dodatkowych. W takiej sytuacji zapłacenie Składki w wysokości wskazanej w propozycji Towarzystwa jest równoznaczne z akceptacją tej propozycji i kontynuacją Umowy na warunkach i w zakresie zaproponowanym przez Towarzystwo. Zapisy § 6 ust. 4 i 5 nie będą miały zastosowania.

Suma ubezpieczenia

§ 12

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy wynosi 100 zł i jest niezmienna w trakcie trwania Roku polisy i kolejno następujących po sobie Latach polisy.

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki nie później niż w terminie 60 dni od dnia podpisania Wniosku.
2. Kolejne Składki mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatne są najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który są należne (data wymagalności Składki).
3. Pierwsza i każda kolejna Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we Wniosku oraz Dokumencie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 14

1. Wysokość Składki oraz jej częstotliwość i sposób opłacania określone są we Wniosku oraz potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest przez cały okres trwania Umowy.
3. Składkę z tytułu Umowy Towarzystwo ustala w zależności od Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka.

§ 15

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może poinformować Ubezpieczającego o nowej wysokości Składki, ustalonej zgodnie z § 14 ust. 3, jaka będzie obowiązywała w kolejnym Roku polisy.
2. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo jest równoznaczne z akceptacją przez niego nowej wysokości Składki.
3. W sytuacji gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo, zastosowanie mają zapisy § 16 ust. 2 i 3.

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

§ 16

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 1, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w terminie i wysokości określonych w Dokumencie ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym 10-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
3. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 17

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania Składek w całym okresie obowiązywania Umowy.
2. Towarzystwo dokona zmian częstotliwości opłacania Składek na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 18

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego możliwe jest wraz ze składaniem Wniosku ze skutkiem od dnia zawarcia Umowy lub w trakcie trwania Umowy ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
9. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 19

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku:
 - 1) rozszerzenia zakresu Umowy o Umowy dodatkowe;
 - 2) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy lub Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona.

W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 20

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 21

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki,

Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizację międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Wypłata świadczeń

§ 22

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 6, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 23

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
- W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;
 - informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
- Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
- Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
- Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
- Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 24

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
- przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
- informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy;
- informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
- informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
- informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 21 ust. 4;
- informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
- potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;

- 11) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Reklamacje

§ 25

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo wysłane za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 26

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 25.
5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.

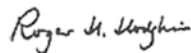
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego (kod GPR_TRM_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 12

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

(KOD GPR_TRM_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.

2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie jest możliwe po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 roku życia.
3. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
4. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
6. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 5, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 3) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych

przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 15

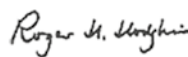
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ADB_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 12; § 13

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
(KOD GPR_ADB_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 3) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:

- 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
- 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
- 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
- Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
- z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 14

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
- W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 15

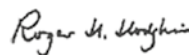
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod GPR_ATDBE_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 12; § 13

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
(KOD GPR_ATDBE_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciągnięcia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 6) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 7) **Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji lub jako pieszy albo kierujący rowerem i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 6) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.

3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 15

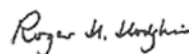
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod GPR_ATDISB6_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 13 ust. 1 i 3; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 12; § 13 ust. 2, 3, 6-8

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
(KOD GPR_ATDISB6_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagłe;
- 2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 6) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkiowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 7) **Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji lub jako pieszy albo kierujący rowerem i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
- 8) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;

- 9) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
- regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
 - udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.
- Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona Ubezpieczeniowa

§ 6

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

- Ubezpieczający może wnioskować o:
 - podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
- Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
- Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
 - 8) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym Wypadkiem komunikacyjnym.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
4. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 14 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Wypadkiem komunikacyjnym, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Wypadku komunikacyjnym.

7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Wypadku komunikacyjnego powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Wypadku komunikacyjnego poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 15

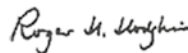
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu
(kod GPR_ADISB3P_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 2	§ 11; § 12

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK URAZU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
NIEPOWODUJĄCEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU**

(KOD GPR_ADISB3P_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 3) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 5) **Skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
- 6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
- 7) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji;
- 8) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 9) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
 - a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
 - b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych;

- 9) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
- 10) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy w tym samym czasie objęty jest ochroną z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant I albo Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant II, albo Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 10

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.

2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący Uraz u Ubezpieczonego nastąpił wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 8) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
 - 9) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia ale nie więcej niż 1 500 zł za jeden Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz Ubezpieczonego niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a powstałym u niego Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu może wynieść maksymalnie kwotę odpowiadającą 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ale nie więcej niż 150 000 zł (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) w okresie jednego Roku polisy.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 14

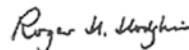
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego
(kod GPR_DD3_DD4_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 5; § 15 ust. 1-3	§ 13; § 14 ust. 1 i 4; § 15 ust. 4-6

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO**

(KOD GPR_DD3_DD4_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciągnięcia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 3) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
- 6) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnego zachorowania;
- 7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
 - a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
 - b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.
 Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

§ 3

Poważne zachorowania, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:

- a. przetaczanie preparatów krwipochodnych;
 - b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
 - c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - d. przeszczepienie szpiku kostnego.
- Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
- 2) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
 - 3) **Choroba Alzheimera** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera. Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii, musi być także spełnione co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - a. w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego stwierdza się cechy uogólnionego zaniku kory mózgowej;
 - b. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;

 - 4) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”):
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;

 - 5) **Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego;
 - 6) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;

 - 7) **Choroba Parkinsona** – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;

 - 8) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
 - 9) **Dystrofia mięśniowa** – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;

- 10) **Enderterektomia tętnicy szyjnej (CEA)** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu usunięcia zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez usunięcie blaszek miażdżycowych z wnętrza tętnicy. Definicja nie obejmuje zabiegów angioplastyki, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 11) **Kardiomiopatia** – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), utrzymującej się przez co najmniej 6 miesięcy mimo prowadzenia optymalnej terapii. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym. Definicja nie obejmuje przypadków uszkodzenia mięśnia serca spowodowanych nadużywaniem alkoholu (kardiomiopatia alkoholowa);
- 12) **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 13) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
- jego istnienie zagraża życiu;
 - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny;
 - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych.
- Definicja nie obejmuje guzów przysadki mózgowej oraz naczyniaków;
- 14) **Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu** – zaostrzenie przewlekłego zapalenia jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, rozdęciem, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym, potwierdzającym istnienie choroby Leśniowskiego–Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
- 15) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 16) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
- pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
- Definicja nie obejmuje:
- nowotworów łagodnych;
 - nowotworów złośliwych o stopniu zaawansowania mniejszym niż I zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 17) **Operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Definicja nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;
- 18) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 19) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
- 20) **Pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);
- 21) **Piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
 - szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;
 - narastanie żółtaczki.
- Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
- 22) **Postępująca twardzina układowa (scleroderma)** – ogólnoukładowa choroba tkanki łącznej i naczyń, powodująca włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi dotyczyć serca, płuc lub nerek i muszą być spełnione co najmniej dwa z poniższych warunków:
- badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLCO) < 70% wartości prawidłowych;
 - wskaźnik filtracji kłębkowej (eGFR) < 60 ml/min;
 - występowanie objawów niewydolności serca lub zaburzeń rytmu serca, wymagających leczenia lub występowanie zapalenia osierdzia.
- Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermi, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;

- 23) **Poważny uraz głowy** – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;
- 24) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
- 25) **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczka;
 - wodobrzusze;
 - encefalopatia wątrobowa;
 - żylaki przełyku;
 - zaburzenia krzepnięcia.
- Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child–Pugh. Definicja nie obejmuje:
- przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child–Pugh;
 - chorób wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
- 26) **Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki** – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w mięszu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;
- 27) **Reumatoidalne zapalenie stawów** – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
 - stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
 - ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 28) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 29) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 30) **Toczeń rumieniowaty układowy** – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznannej etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS):
- klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
 - klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
 - klasa III – zmiany ogniskowe;
 - klasa IV – zmiany rozsiane;
 - klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
 - klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.
- Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;
- 31) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
- Definicja nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;

- e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 32) **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);
- 33) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 34) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 35) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 36) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
- 37) **Zaawansowana choroba płuc** – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:
- wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
 - wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
 - ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mmHg;
 - występuje stała duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumonologii;
- 38) **Zakażenie wirusem HIV**
- Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
 - Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS, w przypadku gdy łącznie spełnione są poniższe warunki:
 - do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonany po wypadku;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;
- 39) **Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;
- 40) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załameki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 3, Poważnych zachorowań.
- W ramach Umowy dodatkowej Towarzystwo udostępni dwa zakresy ubezpieczenia:
 - zakres podstawowy,
 - zakres rozszerzony,
 obejmujące Poważne zachorowania wymienione w tabeli nr 1.

tabela nr 1

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
1)	Anemia aplastyczna	✓	✓
2)	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych		✓
3)	Choroba Alzheimer		✓

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
4)	Choroba Creutzfeldta – Jakoba		✓
5)	Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)		✓
6)	Choroba neuronu ruchowego		✓
7)	Choroba Parkinsona		✓
8)	Ciężkie oparzenia	✓	✓
9)	Dystrofia mięśniowa		✓
10)	Endarterektomia tętnicy szyjnej		✓
11)	Kardiomiopatia		✓
12)	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	✓	✓
13)	Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	✓	✓
14)	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu		✓
15)	Niewydolność nerek	✓	✓
16)	Nowotwór złośliwy inwazyjny	✓	✓
17)	Operacja aorty	✓	✓
18)	Operacja zastawek serca	✓	✓
19)	Paraliż	✓	✓
20)	Pierwotne nadciśnienie płucne		✓
21)	Piorunujące zapalenie wątroby		✓
22)	Postępująca twardzina układowa (scleroderma)		✓
23)	Poważny uraz głowy		✓
24)	Przeszczepienie narządu	✓	✓
25)	Przewlekła niewydolność wątroby		✓
26)	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki		✓
27)	Reumatoidalne zapalenie stawów		✓
28)	Stwardnienie rozsiane	✓	✓
29)	Śpiączka	✓	✓
30)	Toczeń rumieniowaty układowy		✓
31)	Udar mózgu	✓	✓
32)	Usunięcie płuca (pneumonektomia)		✓
33)	Utrata kończyn	✓	✓
34)	Utrata mowy		✓
35)	Utrata słuchu		✓
36)	Utrata wzroku	✓	✓
37)	Zaawansowana choroba płuc		✓
38)	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓
39)	Zapalenie mózgu		✓
40)	Zawał serca	✓	✓

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 4) wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 9

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 12

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 4, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli było ono konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;

- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
 - 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego;
- a także, jeżeli Poważne zachorowanie:
- 10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

§ 14

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Poważne zachorowanie wystąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. Z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, w przypadku Poważnych zachorowań, o których mowa w ust. 2;
 - 2) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań,z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłacany Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych zachorowań: Kardiomiopatia, Nowotwór złośliwy inwazyjny, Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
 - 1) Kardiomiopatia:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w III klasie wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 40%;

- b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w klasie IV wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określona w aktualnym badaniu ECHO serca) < 30%;
- 2) Nowotwór złośliwy inwazyjny:
- a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
- b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 2 ppkt a;
- 3) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki:
- a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała nieprzekraczającej 10% wartości wyjściowej;
- b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej i/ lub rozpoznania cukrzycy.
- Utrata masy ciała oceniana jest po czterech miesiącach od rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki w stosunku do masy sprzed rozpoznania choroby;
- 4) Zawał serca:
- a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi co najmniej 50%;
- b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 2, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Poważnego zachorowania skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o ile w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, o której mowa w ust. 4, nie zostało wypłacone świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W ramach każdej z grup, do których zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, wskazanych w tabeli nr 2, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

tabela nr 2

Zakres podstawowy				
Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Paraliż	Ciężkie oparzenia
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Przeszczepienie narządu	Operacja aorty	Stwardnienie rozsiane	Śpiączka
Nowotwór złośliwy inwazyjny ¹⁾		Operacja zastawek serca	Urata wzroku	Utrata kończyn
		Udar mózgu		Zakażenie wirusem HIV
		Zawał serca ¹⁾		
Zakres rozszerzony				
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Endarterektomia tętnicy szyjnej	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Choroba Heinego-Medina
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Piorunujące zapalenie wątroby	Kardiomiopatia ¹⁾	Choroba Alzheimera	Ciężkie oparzenia
Nowotwór złośliwy ¹⁾	Przeszczepienie narządu	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Choroba Creutzfeldta – Jakoba	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu
	Przewlekła niewydolność wątroby	Operacja aorty	Choroba neuronu ruchowego	Postępująca twardzina układowa
	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki ¹⁾	Operacja zastawek serca	Choroba Parkinsona	Poważny uraz głowy
	Zaawansowana choroba płuc	Pierwotne nadciśnienie płucne	Dystrofia mięśniowa	Reumatoidalne zapalenie stawów
		Udar mózgu	Paraliż	Śpiączka
		Zawał serca ¹⁾	Stwardnienie rozsiane	Toczeń rumieniowaty układowy

Zakres rozszerzony				
Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
			Utrata mowy	Usunięcie płuca (Pneumonektomia)
			Utrata słuchu	Utrata kończyn
			Utrata wzroku	Zakażenie wirusem HIV
			Zapalenie mózgu	

1) Poważne zachorowania, w razie wystąpienia których świadczenie wypłacane jest w zależności od stopnia jego zaawansowania.

- Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich Poważnych zachorowań znajdujących się w ramach tej grupy.
- Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 16

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 17

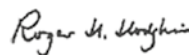
- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu
(kod GPR_DDCV1_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 16 ust. 1-3	§ 12; § 13; § 14 ust. 1 i 4; § 15; § 16 ust. 2, 4 i 5

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO LUB JEGO DZIECI NOWOTWORU
(KOD GPR_DDCV1_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu (zwanym dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
- 2) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych owu);
 - b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

Definicja nie obejmuje:

- a. torbieli;
- b. ziarniniaków;
- c. malformacji naczyniowych;
- d. krwaków;
- e. ropni;
- f. guzów rdzenia kręgowego;
- g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
- 3) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ), lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
- 4) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:

- a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
- b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
- c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

Definicja nie obejmuje:

- a. nowotworów łagodnych;

- b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
- 5) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
- Definicja nie obejmuje:
- a. nowotworów łagodnych;
 - b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- 6) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 7) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 8) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu;
- 9) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu;
- 10) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworów, zdefiniowanych w § 2.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu.
3. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;

- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 6) rozwiązania Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 6, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Ubezpieczonego, jeżeli:

- 1) było ono konsekwencją choroby AIDS Ubezpieczonego;
- 2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 13

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Dziecka, jeżeli:

- 1) Nowotwór był zdiagnozowany przed ukończeniem przez Dziecko 1 roku życia;
- 2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Dziecka przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 3) Nowotwór był konsekwencją choroby AIDS Dziecka;
- 4) Ubezpieczony wiedział o Nowotworze Dziecka przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli rozpoznanie Nowotworu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
 2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
 3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Nowotwór wystąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
- Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 15

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Z tytułu wystąpienia Nowotworu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego;
 - 2) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Łagodnego nowotworu wewnątrzczaszkowego;
 - 3) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego inwazyjnego w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
 - 4) świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego inwazyjnego o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 3 oraz nowotworu złośliwego inwazyjnego ośrodkowego układu nerwowego wg Klasyfikacji Chorób dla Onkologii WHO.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mogą zostać wypłacone jeden raz dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego inwazyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego, skutkującego wystąpieniem wyższego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego liczona odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 17

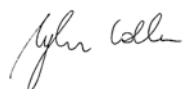
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Nowotworu.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego lub Dziecko na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 18

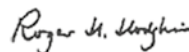
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Assistance na wypadek Nowotworu
(kod GPR_ASTC_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5 ust. 4	§ 5 ust. 2, tabela nr 1 i ust. 3; § 10; § 11

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
ASSISTANCE NA WYPADEK NOWOTWORU
(KOD GPR_ASTC_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance na wypadek Nowotworu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyło 21 roku życia;
- 3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 2 doby, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązującą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikację, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 5) **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez konsultanta Centrum Pomocy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej;
- 6) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
 - b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

Definicja nie obejmuje:

- a. torbieli;
- b. ziarniniaków;
- c. malformacji naczyńniowych;
- d. krwaków;
- e. ropni;
- f. guzów rdzenia kręgowego;

- g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
- 7) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ), lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
- 9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania.
- Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
- Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
- a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
- Definicja nie obejmuje:
- a. nowotworów łagodnych;
 - b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
- 10) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
- Definicja nie obejmuje:
- a. nowotworów łagodnych;
 - b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- 11) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony oraz Dziecko Ubezpieczonego;
- 12) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 13) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 14) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu;
- 15) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 16) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zachorowaniem przez Ubezpieczonego lub jego Dziecko na Nowotwór.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony oraz Dziecko.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego lub jego Dziecka Nowotworu:
 - 1) Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z Lekarzem.
 - b. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje konsultacja telefoniczna z Lekarzem albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem, zgodnie z wyborem Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
 - c. Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance może przesłać Lekarzowi drogą mailową albo w inny uzgodniony sposób, dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia.
 - d. Lekarz, po przeprowadzonej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej, może przesłać Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, drogą mailową albo w inny uzgodniony z nią sposób, recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone podczas konsultacji badania.
 - 2) Pomoc onkopsychologa.

- a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u onkopsychologa.
- 3) Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, była hospitalizowana i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje opieki pielęgniarskiej po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po Hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - a) wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, zastrzyków, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - b) wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia i tętna – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
- 4) Pomoc domowa po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, była hospitalizowana i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje pomocy w domu po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w jej Miejscu zamieszkania.
 - b. Zakres świadczenia pomocy domowej po Hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - a) utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej;
 - b) przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków);
 - c) robienie zakupów, niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności, w miejscach wskazanych przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance, o ile odległość do nich nie będzie większa niż 50 km od jej Miejsca zamieszkania; robienie zakupów nie obejmuje pokrycia kosztów tych zakupów;
 - d) podlewanie kwiatów;
 - e) wyrzucanie śmieci.
- 5) Transport medyczny.
 - a. W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance z jej Miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia jej pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jej Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego.
 - b. Centrum Pomocy nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku Centrum Pomocy wyjaśni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z nią sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
 - c. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji z Lekarzem konsultantem, uwzględniając stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
 - d. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do zapewnienia Centrum Pomocy dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia.
- 6) Konsultacja dietetyka.
 - a. W przypadku gdy zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza istnieje konieczność konsultacji dietetyka, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wrzodowej).
- 7) Dostarczenie leków.
 - a. W przypadku gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do wskazanego przez nią miejsca.
 - b. Świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów tych leków.
- 8) Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego.
 - a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami Lekarza, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jego Miejsca zamieszkania, sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu tej osoby do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem.
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- 9) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy.
 - a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami Lekarza Centrum Pomocy, powstanie konieczność używania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance peruki lub protezy, Centrum Pomocy zorganizuje i dofinansuje zakup zaleconej peruki lub protezy.
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki lub protezy.
- 10) Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub zorganizuje jej transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
- 11) Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia.
 - a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w trakcie jego leczenia.

- 12) Druga krajowa opinia medyczna.
- W ramach drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Pomocy zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta będącego specjalistą w danej dziedzinie, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
 - Pisemna opinia, o której mowa w ppkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz sposobu leczenia, na podstawie dostarczonej przez nią dokumentacji i zawiera:
 - opis historii choroby Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta;
 - informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
 - W celu realizacji świadczenia konieczne jest przekazanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance do Centrum Pomocy pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. W przypadku nieprzekazania przez nią kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana.
 - Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
- 13) Druga zagraniczna opinia medyczna.
- Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie.
 - Opinia, o której mowa w ppkt a, uzyskiwana jest w sytuacji, gdy u Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wystąpił Nowotwór, który został poddany diagnostyce i zaproponowano Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance plan leczenia.
 - Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujących informacji:
 - czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie;
 - czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie. Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji lekarza wybranego przez Centrum Pomocy na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance zebranej i udostępnionej przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance).
- 14) Organizacja procesu leczenia.
- Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje organizacja procesu leczenia mająca na celu wykonanie zaleceń drugiej opinii medycznej, o której mowa w pkt 12 i 13, obejmująca:
 - analizę przypadku;
 - koordynację i wsparcie podczas realizacji indywidualnego planu leczenia;
 - zakończenie indywidualnego planu leczenia.
- 15) Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego.
- Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza (badania genetyczne, morfologia, cytologia, PSA).
- 16) Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach:
- Centrum Pomocy oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ogólnej informacji na temat:
 - placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarzy tej osoby;
 - zasad występowania o opiekę hospicyjną;
 - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych;
 - fundacji onkologicznych.
2. Usługi medycznego assistance udzielane są do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 1. Limity, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, liczone są odrębnie dla każdego Dziecka

tabela nr 1

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance obowiązujące w okresie ubezpieczenia i odnawialne, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem	✓	✓	2 konsultacje
Pomoc onkopsychologa	✓	✓	5 wizyt, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji	✓	✓	3 wizyty, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 300 zł
Pomoc domowa po Hospitalizacji	✓	✓	10 godzin (maksymalnie 4 godziny dziennie), do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Transport medyczny	✓	✓	2 razy do maksymalnie 350 km na każdy transport, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Konsultacja dietetyka	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance nieulegające odnowieniu, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Dostarczenie leków	✓	✓	5 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy	✓	✓	Do kwoty nieprzekraczającej 2 000 zł
Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji	✓	✓	10 dni zabiegowych, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 500 zł
Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Druga krajowa opinia medyczna	✓	✓	1 raz
Druga zagraniczna opinia medyczna	✓	✓	1 raz
Organizacja procesu leczenia po Drugiej opinii medycznej	✓		1 raz
Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego	✓	✓	1 raz
Nielimitowane Usługi medycznego assistance			
Infolinia medyczna			

3. W przypadku przekroczenia limitu kwotowego nadwyżka ponad limit pokrywana jest przez Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
 - ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym 60+;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, istniejących lub zdiagnozowanych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) helioterapii lub zabiegów zaleconych Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ze wskazań estetycznych;
 - 4) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego;
 - 5) ciąży Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 6) leczenia przez Lekarza będącego członkiem rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 7) szczepień, a także leczenia dentystycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 8) wypadków Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wynikających z zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - 9) niestosowania się Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Pomocy.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia oraz transportu w przypadku, gdy stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
4. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wykona usługi w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja usługi naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wykonana usługa.

Realizacja świadczenia

§ 11

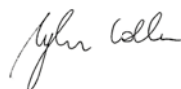
1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL Dziecka, jeżeli zgłoszenie dotyczy Dziecka;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień do korzystania z Usług medycznego assistance, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązana jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

Postanowienia końcowe

§ 12

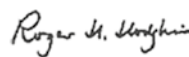
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego
(kod GPR_TFTI_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 16 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 21, 22, 23, 26 i 28; § 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16 ust. 1 i 4

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ DLA UBEZPIECZONEGO
(KOD GPR_TFTI_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
- 2) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej;
- 3) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
 - a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
 - b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wierćcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
- 4) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
- 5) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 6) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 7) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
- 8) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
 - a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego w celu poprawy jego stanu zdrowia oraz
 - b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
 - c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
 - d. wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza;

- 9) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
- 10) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
- 11) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
- 12) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
- 13) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 21;
- 14) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 15) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
- 16) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
- 17) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która podróżuje i przebywa z nim podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej;
- 18) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
- 19) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Ubezpieczonego;
- 20) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
- 21) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
 - a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
 - a) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
 - b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiologicznej:
 - a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
 - b) zastawki serca;
 - c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
 - a) mózgu;
 - b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
 - d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
 - a) narządów;
 - b) szpiku kostnego;
- 22) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
- 23) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
- 24) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
- 25) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
- 26) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
- 27) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
- 28) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Ubezpieczonego została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
- 29) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
- 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
- 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
- 4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
- 5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;

- 6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
- 7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
- 8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpiezonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony w przypadku wystąpienia u niego Poważnego stanu chorobowego:
 - 1) Druga opinia medyczna;
 - 2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
 - 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Ubezpiezonego w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Ubezpieczony może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
 - 1) nie korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
 - 2) korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 12, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Ubezpiezonego do Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 14, z wyłączeniem ust. 6 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
 - 1) informowanie Ubezpiezonego o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 2) udzielanie, na wniosek Ubezpiezonego, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 3) tłumaczenie dostarczonej przez Ubezpiezonego dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
 - 4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
 - 5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpiezonego – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
 - 6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
 - 7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
 - 8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Ubezpiezonemu.
2. Przygotowana Druga opinia medyczną zawiera:
 - 1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Ubezpiezonego;
 - 2) propozycję planu leczenia Ubezpiezonego;
 - 3) informację, czy Ubezpiezonemu przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Ubezpiezonego dokumentacji medycznej.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Ubezpiezonego dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotowuje dodatkową Drugą opinię medyczną.

6. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

7. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
- 1) przedstawienie Ubezpieczonemu trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
 - 2) wybranie przez Ubezpieczonego jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
 - 3) przekazanie Ubezpieczonemu Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
 - 5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
 - 6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
 - 7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyty w szpitalu;
 - 8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
 - 9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
 - 10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
8. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Ubezpieczony nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotowuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego.
9. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
- 1) organizację i pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Ubezpieczonego Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
 - a. transportu z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
 - b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
 - c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
 - d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
10. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
11. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
- 1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu hotelu);
 - 2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Ubezpieczonego.
12. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
- 1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
 - a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
 - b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
 - c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
 - d. usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną;
 - e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
 - f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
 - g. użytych leków i środków opatrunkowych;
 - 2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas, gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
 - a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanych przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
 - c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
 - d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
 - e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
 - f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
 - g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;

- 4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
- 6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
- 7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
 - a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego;
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
 - c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego;
 - d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Ubezpieczonego (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
13. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 12 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
14. Świadczenia, określone w ust. 13, będą dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
15. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne, w wysokości równoważności 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
16. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
17. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
18. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
19. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Ubezpieczonego lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
20. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

21. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Ubezpieczonego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - 1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
 - 2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
 - 3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
 - 5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
 - 6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
 - 7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
22. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu koszty, o których mowa w ust. 21, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
23. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 2;
 - 2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 21 pkt 4-7;
 - 3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
24. W przypadku, o którym mowa w ust. 23, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Ubezpieczonego i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 9-11.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

25. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
 - 1) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
 - 2) poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
26. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Ubezpieczonego. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony przedstawił dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
 - 2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
 - 3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.

27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”. W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
28. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym, albo
 - 2) ukończył 60 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
 - 1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
 - 3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - 4) zakończenia Okresu realizacji świadczenia dla wszystkich Modułów ochrony;
 - 5) realizacji świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro).
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 13 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 13

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, jeżeli był on konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
 - 3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
 - 4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 5) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:
 - 6) został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie miał miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo miał miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego przebywał poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
 - 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
 - 4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
 - 5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
 - 7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
 - 8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
 - a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
 - b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
 - d. Ubezpieczony jest Dawcą dla osoby trzeciej;
 - e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
 - 9) Postępowaniem profilaktycznym;
 - 10) Leczeniem alternatywnym;
 - 11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą;
 - 12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
 - 13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
 - 2) kosztów podania Leku;
 - 3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
 - 2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
 - 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 13 (Siła wyższa);
 - 3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:

- a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
- b. są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
- 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
- 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
- 7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
- 8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
- 9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
- 10) rozmowami telefonicznymi Ubezpieczonego, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
- 11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
- 12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego;
- 13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
- 14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
- 15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Ubezpieczonemu w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
- 16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Ubezpieczonemu po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
 - 1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
9. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był wcześniej objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w §7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łącznie limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	
2 000 000 EUR	
Świadczenia	Wysokość limitu
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej

b. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu

100 EUR
ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony

3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla Ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Realizacja świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o realizację świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Ubezpieczony może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez niego adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

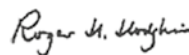
§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen


Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss


Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci
(kod GPR_TFTF_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 16 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 21, 22, 23, 26 i 28; § 9 ust. 6; § 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16 ust. 1, 4 i 5

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO DZIECI
(KOD GPR_TFTF_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
- 2) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej;
- 3) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
- 4) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
 - a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
 - b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wieńcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
- 5) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
- 6) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 7) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 8) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
- 9) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
 - a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia w celu poprawy jej stanu zdrowia oraz
 - b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN

- (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
- c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
 - d. wymagane z powodów innych niż wygoda Osoby uprawnionej do świadczenia lub jej Lekarza;
 - 10) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
 - 11) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
 - 12) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - 13) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
 - 14) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 23;
 - 15) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 16) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - 17) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
 - 18) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Osobę uprawnioną do świadczenia, która podróżuje i przebywa z nią podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej. W przypadku leczenia Dziecka za granicą możliwe jest wskazanie dwóch Osób towarzyszących;
 - 19) **Osoba uprawniona do świadczenia** – Ubezpieczony oraz wszystkie jego Dzieci;
 - 20) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
 - 21) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 22) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
 - 23) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
 - a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
 - a) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
 - b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiologicznej:
 - a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
 - b) zastawki serca;
 - c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
 - a) mózgu;
 - b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
 - d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
 - a) narządów;
 - b) szpiku kostnego;
 - 24) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
 - 25) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
 - 26) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 27) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 28) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
 - 29) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
 - 30) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
 - 31) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Osoby uprawnionej do świadczenia została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
 - 32) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Osobę uprawnioną do świadczenia placówce medycznej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;

- 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
- 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
- 4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
- 5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
- 6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
- 7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Osoba uprawniona do świadczenia otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
- 8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Osoby uprawnionej do świadczenia (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wszystkich jego Dzieci.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Osoba uprawniona do świadczenia w przypadku wystąpienia u niej Poważnego stanu chorobowego:
 - 1) Druga opinia medyczna;
 - 2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
 - 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Osobę uprawnioną do świadczenia w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
 - 1) nie korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
 - 2) korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 12, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 14, z wyłączeniem ust. 6 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
 - 1) informowanie Osoby uprawnionej do świadczenia o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 2) udzielanie, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 3) tłumaczenie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
 - 4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
 - 5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Osoby uprawnionej do świadczenia – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
 - 6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
 - 7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
 - 8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Osobie uprawnionej do świadczenia.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
 - 1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 2) propozycję planu leczenia Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 3) informację, czy Osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do leczenia za granicą.

3. Osoba uprawniona do świadczenia może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej.
4. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotowuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Osoba uprawniona do świadczenia zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

7. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
 - 1) przedstawienie Osobie uprawnionej do świadczenia trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
 - 2) wybranie przez Osobę uprawnioną do świadczenia jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
 - 3) przekazanie Osobie uprawnionej do świadczenia Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
 - 5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
 - 6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
 - 7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu;
 - 8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
 - 9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
 - 10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
8. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Osoba uprawniona do świadczenia nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotowuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia.
9. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów podróży Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Osobę uprawnioną do świadczenia Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
 - a. transportu z miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
 - b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
 - c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
 - d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
10. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokonuje nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
11. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu);
 - 2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Osobę uprawnioną do świadczenia.
12. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
 - 1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
 - a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
 - b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
 - c. żywienia podczas hospitalizacji;
 - d. usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną;
 - e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
 - f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
 - g. użytych leków i środków opatrunkowych;
 - 2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas, gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
 - a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczającymi przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);

- c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
 - d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
 - e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
 - f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
 - g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
- 4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
 - 6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
 - 7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
 - a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
 - c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Osoby uprawnionej do świadczenia (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
 13. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 12 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 14. Świadczenia, określone w ust. 13, będą dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
 15. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Osobie uprawnionej do świadczenia świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
 16. Dzielne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Osobę uprawnioną do świadczenia, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
 17. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
 18. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
 19. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
 20. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

21. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Osobę uprawnioną do świadczenia, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - 1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
 - 2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
 - 3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
 - 5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
 - 6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
 - 7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
22. Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia koszty, o których mowa w ust. 21, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
23. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 2;
 - 2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 21 pkt 4-7;
 - 3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
24. W przypadku, o którym mowa w ust. 23, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Osoby uprawnionej do świadczenia i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne do celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 9-11.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

25. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
 - 1) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
 - 2) poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
26. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Osobę uprawnioną do świadczenia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Osoba uprawniona do świadczenia przedstawiła dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
 - 2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
 - 3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”. W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
28. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym, albo
 - 2) ukończył 60 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 16 ust. 5.
4. Zakończenie Okresu realizacji świadczenia w ramach wszystkich Modułów ochrony dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
 - 1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
 - 2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
 - 3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.
6. Dziecko może skorzystać ze świadczeń wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci. Jeżeli Dziecko jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz innej umowy dodatkowej dotyczącej leczenia za granicą, to świadczenia będą realizowane jedynie w ramach tej umowy dodatkowej, która została zawarta jako pierwsza.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro) odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka.

2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 13 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 13

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, jeżeli był on konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do świadczenia w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
 - 3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Osoby uprawnionej do świadczenia, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
 - 4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 5) pozostawiania przez Osobę uprawnioną do świadczenia pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do świadczenia, próby samobójczej Osoby uprawnionej do świadczenia, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia lub okaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
 a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:
 - 6) został zdiagnozowany lub był leczony u Osoby uprawnionej do świadczenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Osoby uprawnionej do świadczenia lub
 - b. leczonych u Osoby uprawnionej do świadczenia, lub
 - c. których leczenie zalecono u Osoby uprawnionej do świadczenia, w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń Ubezpieczonego, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Osoba uprawniona do świadczenia nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo miała miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego przebywała poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez Osobę uprawnioną do świadczenia do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
 - 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
 - 4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
 - 5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
 - 7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
 - 8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
 - a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
 - b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
 - d. Osoba uprawniona do świadczenia jest Dawcą dla osoby trzeciej;
 - e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;

- 9) Postępowaniem profilaktycznym;
- 10) Leczeniem alternatywnym;
- 11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą;
- 12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
- 13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
 - 2) kosztów podania Leków;
 - 3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzysztwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
 - 2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzysztwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
 - 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 13 (Siła wyższa);
 - 3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
 - b. są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
 - 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - 7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
 - 8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
 - 9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
 - 10) rozmowami telefonicznymi Osoby uprawnionej do świadczenia, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
 - 11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
 - 12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Osobę uprawnioną do świadczenia we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
 - 15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Osobie uprawnionej do świadczenia w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
 - 16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Osobie uprawnionej do świadczenia po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
 - 1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
9. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.

- W przypadku gdy Osoba uprawniona do świadczenia była wcześniej objęta przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
- Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

- Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łączny limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	
2 000 000 EUR	
Świadczenia	Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

- Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
- Suma zrealizowanych świadczeń dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Realizacja świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.

Realizacja świadczenia

§ 17

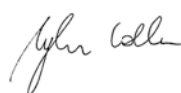
- Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o realizację świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- W celu realizacji świadczenia Osoba uprawniona do świadczenia może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez nią adres e-mail.
- Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 18

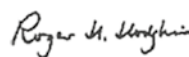
- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną
dla Ubezpieczonego
(kod GPR_TFTMI_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 16 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 7, 22, 23, 24, 27, 29 i 30; § 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16 ust. 1 i 4

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ Z MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ DLA UBEZPIECZONEGO
(KOD GPR_TFTMI_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego (zwanym dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
- 2) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
- 3) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej;
- 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- 5) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
 - a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
 - b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wierćcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
- 6) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
- 7) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 8) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 9) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
- 10) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
 - a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego w celu poprawy jego stanu zdrowia oraz

- b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
- c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
- d. wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza;
- 11) **Leczenie off-label** – leczenie, stosowane w oparciu o doświadczenia Lekarzy i badania naukowe, niezatwierdzone formalnie przez właściwe organy medyczne, polegające na podawaniu zarejestrowanego i dostępnego na rynku leku przeciwnowotworowego w inny sposób niż wynika to z oficjalnej charakterystyki i przeznaczenia tego produktu leczniczego, tzn. lek przeznaczony do leczenia określonych Nowotworów złośliwych zostanie użyty do leczenia innej Szczególnej postaci nowotworu złośliwego lub lek zostanie użyty w innej dawce, lub zostanie zastosowana inna metoda podawania leku;
- 12) **Leczenie pierwszej linii** – podstawowa, początkowa terapia stosowana w leczeniu danej choroby, zwykle uznawana za najbardziej skuteczną i najlepiej udokumentowaną w danym przypadku. W onkologii leczenie pierwszej linii odnosi się do pierwszego zestawu leków, terapii celowanej, immunoterapii lub chemioterapii stosowanej po postawieniu diagnozy;
- 13) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
- 14) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
- 15) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
- 16) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
- 17) **Medycyna precyzyjna** – świadczenie, w ramach którego wykonywane jest dodatkowe badanie molekularne, mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby i umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym: ocenę oporności na metody leczenia, określenie rokowania Ubezpieczonego, ocenę możliwości uczestnictwa w Badaniach klinicznych oraz Testy genetyczne dla rodziny;
- 18) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 26;
- 19) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 20) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
- 21) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
- 22) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która podróżuje i przebywa z nim podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej;
- 23) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
- 24) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Ubezpieczonego;
- 25) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
- 26) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
 - a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
 - a) Nowotwór złośliwy inwazyjny, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego;
 - b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
 - b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej:
 - a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
 - b) zastawki serca;
 - c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
 - a) mózgu;
 - b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
 - d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
 - a) narządów;
 - b) szpiku kostnego;
- 27) **Raport ekspercki medycyny precyzyjnej** – opinia, sporządzana przez Zespół lekarsko-eksperski, w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek;
- 28) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
- 29) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
- 30) **Standard leczenia** – uznana, oparta na aktualnej wiedzy medycznej i praktyce klinicznej metoda postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, stosowana w leczeniu danego schorzenia, określająca działania, jakie powinien podjąć Lekarz, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią i bezpieczną opiekę medyczną;
- 31) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
- 32) **Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy Nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:
 - a. nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub
 - b. jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub

- c. jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub
- d. ma nieznaną umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub
- e. jest rzadką formą Nowotworu złośliwego, tzn. jest nowotworem, którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań, i uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARENet), opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org (European Society for Medical Oncology);
- 33) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
- 34) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
- 35) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
- 36) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Ubezpieczonego została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
- 37) **Testy genetyczne** – rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA bioprobki. Testy genetyczne dzielą się na:
 - a. testy mutacji nabytych (somatycznych), przeprowadzane poprzez analizę próbki tkanki (próbki biopsyjnej) lub płynnej biopsji (z krwi), które służą wykryciu mutacji występujących w ograniczonym zestawie komórek lub tkanek Nowotworu złośliwego, w celu identyfikacji czynników predykcyjnych, tzn. takich, których obecność jest związana z prawdopodobieństwem uzyskania odpowiedzi na leczenie;
 - b. testy mutacji dziedzicznych (germinalnych), przeprowadzane poprzez analizę wymazu z jamy ustnej, próbki płwociny lub krwi, które służą wykryciu mutacji obecnych od urodzenia w każdej komórce ciała, w celu identyfikacji dziedzicznych predyspozycji do określonych typów Nowotworów złośliwych;
- 38) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej;
- 39) **Zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – terapia komórkami CAR-T, która:
 - a. obejmuje pojedynczy wlew dożylny leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do podania, a także fazę monitorowania po podaniu oraz
 - b. jest dopuszczona do stosowania i wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich instytucji medycznych państwa, w którym prowadzone jest leczenie;
- 40) **Zespół lekarsko-ekspertski** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Towarzystwo w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
- 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
- 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zębów lub otaczających go tkanek;
- 4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
- 5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
- 6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
- 7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
- 8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

- 1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony w przypadku wystąpienia u niego Poważnego stanu chorobowego:
 - 1) Druga opinia medyczna;
 - 2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
 - 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
- 2. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Szczególnej postaci nowotworu złośliwego zakres ubezpieczenia obejmuje także Medycynę precyzyjną, uwzględniającą:
 - 1) profilowanie molekularne i ocenę jego wyników zawarte w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
 - 2) przegląd Badań klinicznych;
 - 3) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej;
 - 4) Testy genetyczne dla rodziny.

3. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1 i 2, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Ubezpieczonego w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Ubezpieczony może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
 - 1) nie korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
 - 2) korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 13, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 14, z wyłączeniem ust. 7 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
 - 1) informowanie Ubezpieczonego o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 2) udzielanie, na wniosek Ubezpieczonego, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 3) tłumaczenie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
 - 4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
 - 5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
 - 6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
 - 7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
 - 8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Ubezpieczonemu.
2. Przygotowana Druga opinia medyczną zawiera:
 - 1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Ubezpieczonego;
 - 2) propozycję planu leczenia Ubezpieczonego;
 - 3) informację, czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotowuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.
7. Ubezpieczony nie może skorzystać z Drugiej opinii medycznej, jeśli dla danego Poważnego stanu chorobowego Towarzystwo rozpoczęło procedurę z wykorzystaniem Medycyny precyzyjnej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

8. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
 - 1) przedstawienie Ubezpieczonemu trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
 - 2) wybranie przez Ubezpieczonego jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
 - 3) przekazanie Ubezpieczonemu Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
 - 5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
 - 6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
 - 7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyty w szpitalu;
 - 8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
 - 9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
 - 10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
9. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 8 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Ubezpieczony nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotowuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego.

10. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Ubezpieczonego Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
 - a. transportu z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
 - b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
 - c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
 - d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
11. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
12. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu hotelu);
 - 2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Ubezpieczonego.
13. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
 - 1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
 - a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
 - b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
 - c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
 - d. usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną;
 - e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
 - f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
 - g. użytych leków i środków opatrunkowych;
 - 2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
 - a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanych przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
 - c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
 - d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
 - e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
 - f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
 - g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
 - 6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
 - 7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
 - a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego;
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
 - c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego;
 - d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Ubezpieczonego (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
14. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 13 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

15. Świadczenia, określone w ust. 14, będą dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
16. W ramach dziennego świadczenia za Pobyty w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne, w wysokości równoważności 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
17. Dienne świadczenie za Pobyty w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
18. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Ubezpieczonego do Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
19. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
20. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Ubezpieczonego lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
21. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

22. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Ubezpieczonego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - 1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
 - 2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
 - 3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
 - 5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
 - 6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
 - 7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
23. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu koszty, o których mowa w ust. 22, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
24. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 2;
 - 2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 22 pkt 4-7;
 - 3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
25. W przypadku, o którym mowa w ust. 24, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Ubezpieczonego i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 10-12.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

26. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
 - 1) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
 - 2) poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Ubezpieczonego. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony przedstawił dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
 - 2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
 - 3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
28. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”. W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
29. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Medycyna precyzyjna

30. Świadczenia z zakresu Medycyny precyzyjnej, określone w § 5 ust. 2, są realizowane, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
 - 1) Ubezpieczony jest w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymał zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - 2) diagnoza potwierdza wystąpienie Szczególnej postaci nowotworu złośliwego;
 - 3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji, która spełnia kryteria wyznaczone przez laboratorium i umożliwia mu prawidłowe przeprowadzenie testów (jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji – próbki krwi);
 - 4) Ubezpieczony wyraził wolę skorzystania z Medycyny precyzyjnej.
31. W przypadku, gdy diagnoza Nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Ubezpieczonego do skorzystania ze świadczenia Medycyny precyzyjnej, a w późniejszym czasie nastąpi rozwój Nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo Leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne, wówczas Ubezpieczony zyskuje prawo do skorzystania z Medycyny precyzyjnej.

Profilowanie molekularne w ramach Medycyny precyzyjnej

32. W ramach profilowania molekularnego Towarzystwo:
- 1) informuje Ubezpieczonego o zakresie informacji medycznych niezbędnych do przygotowania Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej (m.in. o diagnozie, dostępności i miejscu przechowywania próbki, przebiegu dotychczasowego leczenia), a także sporządza listę brakujących dokumentów oraz przekazuje dalszy plan działania;
 - 2) organizuje odbiór próbki oraz dostarczenie jej do laboratorium;
 - 3) zleca przeprowadzenie testu profilowania molekularnego (jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji nabytych (somatycznych) Ubezpieczony nie powinien przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu);
 - 4) przygotowuje, za pośrednictwem Zespołu lekarsko-eksperskiego, w ciągu 10 Dni roboczych od daty otrzymania wyników profilowania molekularnego, Raport ekspercki medycyny precyzyjnej obejmujący:
 - a. kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - b. wnioski z profilowania molekularnego;
 - c. zalecenia Zespołu lekarsko-eksperskiego dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
 - d. ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
 - e. informacje o dostępności Badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
 - f. wnioski dotyczące możliwych mutacji i nowotworów dziedzicznych (jeśli ma zastosowanie). Jeżeli Raport ekspercki medycyny precyzyjnej zidentyfikuje u Ubezpieczonego potencjalne dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo zaoferuje mu również testy mutacji germinalnych (dziedzicznych);
 - 5) kontaktuje się z Ubezpieczonym w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej. Za zgodą Ubezpieczonego lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem Zespołu lekarsko-eksperskiego, który brał udział w przygotowaniu Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.
33. Dla każdej unikalnej diagnozy Nowotworu złośliwego wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatycznych) i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden Raport ekspercki medycyny precyzyjnej). Unikalna diagnoza Nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11.

Przegląd Badań klinicznych w ramach Medycyny precyzyjnej

34. W przypadku gdy Ubezpieczonemu zalecono w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej, aby zbadał możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badania klinicznego, a Ubezpieczony chce skorzystać z tej możliwości, Towarzystwo, w ramach przeglądu Badań klinicznych, zapewnia:
- 1) informacje na temat Badań klinicznych;
 - 2) przeszukanie baz danych Badań klinicznych;
 - 3) kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w razie potrzeby, kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) pomoc w interpretacji kryteriów udziału w Badaniu klinicznym;
 - 5) dostarczenie raportu na temat najbardziej odpowiednich dla Ubezpieczonego Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia przez niego wniosku.
35. Towarzystwo nie może zagwarantować dopasowania wyszukanego Badania klinicznego do Ubezpieczonego.
36. Jeśli wyszukiwanie Badań klinicznych nie zakończy się pomyślnym dopasowaniem lub Ubezpieczony nie zdecydował się dołączyć do żadnego ze znalezionych Badań klinicznych, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo przeprowadzi drugie i ostateczne przeszukiwanie. Ponowne wyszukiwanie Badań klinicznych może wymagać powtórzenia części lub całości procesu rekrutacji, np. zebrania zaktualizowanej dokumentacji medycznej.
37. Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia zamiaru przystąpienia do któregośkolwiek z wyszukaných Badań klinicznych, Towarzystwo zapewni następujące wsparcie:
- 1) pomoc administracyjną przy wypełnianiu wniosku rejestracyjnego, w tym potrzebne tłumaczenia;
 - 2) informacje logistyczne dotyczące organizacji podróży i zakwaterowania, w zależności od lokalizacji Badania klinicznego;
 - 3) pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania, zgodnie z ust. 10 i 12, oraz wypłatę świadczenia dziennego, zgodnie z ust. 16 i 17.
38. Decyzję o przyjęciu Ubezpieczonego do Badania klinicznego podejmuje jego organizator.

Testy genetyczne dla rodziny w ramach Medycyny precyzyjnej

39. W przypadku gdy w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej zidentyfikowano potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo, w ramach Testów genetycznych dla rodziny, zapewnia:
- 1) organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) Ubezpieczonego;
 - 2) jeśli wynik Testu genetycznego Ubezpieczonego jest dodatni – organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) członkom rodziny Ubezpieczonego, w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób, pod warunkiem, że wyrazili oni na to zgodę;
 - 3) dostarczenie członkom rodziny Ubezpieczonego wyników Testu genetycznego;
 - 4) w przypadku pozytywnego wyniku Testu genetycznego członka rodziny – wirtualną rozmowę specjalisty z zakresu genetyki z członkiem rodziny Ubezpieczonego w celu omówienia wyników tego testu.
40. Członkowie rodziny Ubezpieczonego, którzy mogą zostać poddani Testom genetycznym, to: biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Ubezpieczonego, które mogą zachorować na nowotwór zdiagnozowany u Ubezpieczonego. Ostateczna decyzja o wyborze członków rodziny, którzy zostaną poddani Testowi genetycznemu, zostanie podjęta wyłącznie na podstawie zasadności klinicznej (przesłanek medycznych i naukowych).

Pokrycie kosztów medycznych wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej

41. Usługa Medycyny precyzyjnej skutkuje szeregiem zaleceń dotyczących możliwych rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej i/lub wyników przeglądu Badań klinicznych, które, w oparciu o ich medyczny charakter, można podzielić na trzy grupy:
- 1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”);
 - 2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”);
 - 3) Badania kliniczne.

42. Terapiom, wymienionym w ust. 41, odpowiada poniższy zakres świadczeń:

- 1) w ramach protokołów leczenia zgodnych ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”):
 - a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku, zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
 - b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 14;
- 2) w ramach protokołów leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”):
 - a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, obejmującego terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego Nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
 - b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 14;
 - c. Wstępny certyfikat medyczny obejmujący leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym Szpitalu zagranicznym, który oferuje świadczenia wymienione w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
- 3) w ramach Badań klinicznych:
 - a. sporządzenie Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej z rekomendacją do Badania klinicznego oraz sporządzenie raportu z Badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla Ubezpieczonego Badania klinicznego;
 - b. pokrycie kosztów wymienionych w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Rodzaj kosztów		Zakres pokrywanych kosztów
	Badania kliniczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego	Badania kliniczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
Koszty medyczne	Nie dotyczy.	Koszty leczenia w ramach Medycyny precyzyjnej, zgodne ze standardem opieki medycznej, określonym w ust. 13-19, 22-29 oraz 44, pod warunkiem, że: a. leczenie jest przeprowadzane w tym samym Szpitalu, w którym jest przeprowadzane Badanie kliniczne oraz b. koszty te nie są finansowane przez organizatora Badania klinicznego.
Koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej	Zgodnie z zakresem określonym w ust. 10-12 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych (Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu hotelu).	
Koszty transportu zwłok	W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych, świadczenie realizowane zgodnie z zasadami określonymi w ust. 20 i 21.	
Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych Ubezpieczonego	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych.	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych. Jeśli za ten sam okres należne jest dzienne świadczenie za Pobyty w szpitalu i dzienne świadczenie dla Badań klinicznych, wypłacone zostanie tylko dzienne świadczenie za Pobyty w szpitalu.

43. Organizator Badań klinicznych wskazuje Ubezpieczonemu zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte przez niego w ramach Badania klinicznego.

44. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej”). Jeżeli organizator Badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia, zgodnie z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte przez Towarzystwo w zakresie określonym w Tabeli nr 1.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym, albo
 - 2) ukończył 60 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.

4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10.
- Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
 - Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
 - Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym 60+;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - zakończenia Okresu realizacji świadczenia dla wszystkich Modułów ochrony;
 - realizacji świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

- Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro).
- Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 13 ust. 1.
- Oplacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 13

- Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, jeżeli był on konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
 - zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
 - uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:

- 6) został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
- 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie miał miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo miał miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, przebywał poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
 - 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
 - 4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
 - 5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzna skóra);
 - 7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
 - 8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
 - a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
 - b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
 - d. Ubezpieczony jest Dawcą dla osoby trzeciej;
 - e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
 - 9) Postępowaniem profilaktycznym;
 - 10) Leczeniem alternatywnym;
 - 11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą, z wyjątkiem Leczenia off-label oraz Badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 7 ust. 42 pkt. 3;
 - 12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
 - 13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy), chyba, że terapia ta została zalecona w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej oraz spełnia definicję Zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
 - 2) kosztów podania Leku;
 - 3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
 - 2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa następujących kosztów związanych z Medycyną precyzyjną:
 - 1) wykonania biopsji w celu pobrania lub usunięcia tkanki lub płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do testu profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 7 ust. 30 pkt 3;
 - 2) kosztów medycznych (leczenia) – w przypadku, gdy Ubezpieczony weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) kosztów leku stanowiącego przedmiot Badania klinicznego, jego podania oraz kosztów bieżącego monitorowania stanu zdrowia Ubezpieczonego, a także leczenia jakichkolwiek niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem Badania klinicznego – w przypadku, gdy Ubezpieczony weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez Ubezpieczonego lub członków jego rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania lub ekstrakcji próbki do badań;
 - 5) opłat administracyjnych lub innych kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
 - 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 14 (Siła wyższa);
 - 3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
 - b. są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;

- 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
 - 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - 7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
 - 8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
 - 9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
 - 10) rozmowami telefonicznymi Ubezpieczonego, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
 - 11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
 - 12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego;
 - 13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
 - 15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Ubezpieczonemu w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
 - 16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Ubezpieczonemu po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
- 1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
- 1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
10. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego, był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był wcześniej objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łącznie limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	
2 000 000 EUR	
Świadczenia z tytułu leczenia za granicą	Wysokość limitu
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

Świadczenia z tytułu Medycyny precyzyjnej	Wysokość limitu
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie w ramach Medycyny precyzyjnej	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dienne świadczenie za Pobył w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni
3) Dienne świadczenie dla Badań klinicznych	100 EUR ograniczone do 60 dni
4) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

- Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
- Suma zrealizowanych świadczeń dla Ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Realizacja świadczenia

§ 17

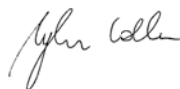
- Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o realizację świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- W celu realizacji świadczenia Ubezpieczony może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez niego adres e-mail.
- Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 18

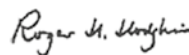
- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną
dla Ubezpieczonego i jego Dzieci
(kod GPR_TFTMF_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 16 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 7, 22, 23, 24, 27, 29 i 30; § 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16 ust. 1, 4 i 5

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ Z MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ
DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO DZIECI
(KOD GPR_TFTMF_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
- 2) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
- 3) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej;
- 4) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
- 5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- 6) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
 - a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
 - b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wierćcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
- 7) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
- 8) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
- 9) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
- 10) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdując się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;

- 11) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
 - a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia w celu poprawy jej stanu zdrowia oraz
 - b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
 - c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
 - d. wymagane z powodów innych niż wygoda Osoby uprawnionej do świadczenia lub jej Lekarza;
- 12) **Leczenie off-label** – leczenie, stosowane w oparciu o doświadczenia Lekarzy i badania naukowe, niezatwierdzone formalnie przez właściwe organy medyczne, polegające na podawaniu zarejestrowanego i dostępnego na rynku leku przeciwnowotworowego w inny sposób niż wynika to z oficjalnej charakterystyki i przeznaczenia tego produktu leczniczego, tzn. lek przeznaczony do leczenia określonych Nowotworów złośliwych zostanie użyty do leczenia innej Szczególnej postaci nowotworu złośliwego lub lek zostanie użyty w innej dawce, lub zostanie zastosowana inna metoda podawania leku;
- 13) **Leczenie pierwszej linii** – podstawowa, początkowa terapia stosowana w leczeniu danej choroby, zwykle uznawana za najbardziej skuteczną i najlepiej udokumentowaną w danym przypadku. W onkologii leczenie pierwszej linii odnosi się do pierwszego zestawu leków, terapii celowanej, immunoterapii lub chemioterapii stosowanej po postawieniu diagnozy;
- 14) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
- 15) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
- 16) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
- 17) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
- 18) **Medycyna precyzyjna** – świadczenie, w ramach którego wykonywane jest dodatkowe badanie molekularne, mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby i umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym: ocenę oporności na metody leczenia, określenie rokowania Osoby uprawnionej do świadczenia, ocenę możliwości uczestnictwa w Badaniach klinicznych oraz Testy genetyczne dla rodziny;
- 19) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 28;
- 20) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 21) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
- 22) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
- 23) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Osobę uprawnioną do świadczenia, która podróżuje i przebywa z nią podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej. W przypadku leczenia Dziecka za granicą możliwe jest wskazanie dwóch Osób towarzyszących;
- 24) **Osoba uprawniona do świadczenia** – Ubezpieczony oraz wszystkie jego Dzieci;
- 25) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
- 26) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
- 27) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
- 28) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
 - a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
 - a) Nowotwór złośliwy inwazyjny, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego;
 - b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
 - c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
 - b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiologicznej:
 - a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
 - b) zastawki serca;
 - c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
 - a) mózgu;
 - b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
 - d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
 - a) narządów;
 - b) szpiku kostnego;
- 29) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 30) **Raport ekspercki medycyny precyzyjnej** – opinia, sporządzana przez Zespół lekarsko-eksperski, w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek;
- 31) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkiem nie można było zapobiec;
- 32) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;

- 33) **Standard leczenia** – uznana, oparta na aktualnej wiedzy medycznej i praktyce klinicznej metoda postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, stosowana w leczeniu danego schorzenia, określająca działania, jakie powinien podjąć Lekarz, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią i bezpieczną opiekę medyczną;
- 34) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
- 35) **Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy Nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrotnych ICD-10 /11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:
 - a. nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub
 - b. jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub
 - c. jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub
 - d. ma nieznanie umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub
 - e. jest rzadką formą Nowotworu złośliwego, tzn. jest nowotworem, którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań, i uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARENet), opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org (European Society for Medical Oncology);
- 36) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
- 37) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
- 38) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
- 39) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Osoby uprawnionej do świadczenia została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
- 40) **Testy genetyczne** – rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA bioprobki. Testy genetyczne dzielą się na:
 - a. testy mutacji nabytych (somatycznych), przeprowadzane poprzez analizę próbki tkanki (próbki biopsyjnej) lub płynnej biopsji (z krwi), które służą wykryciu mutacji występujących w ograniczonym zestawie komórek lub tkanek Nowotworu złośliwego, w celu identyfikacji czynników predykcyjnych, tzn. takich, których obecność jest związana z prawdopodobieństwem uzyskania odpowiedzi na leczenie;
 - b. testy mutacji dziedzicznych (germinalnych), przeprowadzane poprzez analizę wymazu z jamy ustnej, próbki płwociny lub krwi, które służą wykryciu mutacji obecnych od urodzenia w każdej komórce ciała, w celu identyfikacji dziedzicznych predyspozycji do określonych typów Nowotworów złośliwych;
- 41) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Osobę uprawnioną do świadczenia placówce medycznej;
- 42) **Zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – terapia komórkami CAR-T, która:
 - a. obejmuje pojedynczy wlew dożylny leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do podania, a także fazę monitorowania po podaniu oraz
 - b. jest dopuszczona do stosowania i wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich instytucji medycznych państwa, w którym prowadzone jest leczenie;
- 43) **Zespół lekarsko-ekspertski** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Towarzystwo w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
- 2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
- 3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
- 4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
- 5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
- 6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
- 7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Osoba uprawniona do świadczenia otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
- 8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Osoby uprawnionej do świadczenia (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wszystkich jego Dzieci.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Osoba uprawniona do świadczenia w przypadku wystąpienia u niej Poważnego stanu chorobowego:

- 1) Druga opinia medyczna;
- 2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
- 3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. W przypadku zdiagnozowania u Osoby uprawnionej do świadczenia Szczególnej postaci nowotworu złośliwego zakres ubezpieczenia obejmuje także Medycynę precyzyjną, uwzględniającą:
 - 1) profilowanie molekularne i ocenę jego wyników zawarte w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
 - 2) przegląd Badań klinicznych;
 - 3) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej;
 - 4) Testy genetyczne dla rodziny.
3. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1 i 2, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Osobę uprawnioną do świadczenia w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
 - 1) nie korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
 - 2) korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 13, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 14, z wyłączeniem ust. 7 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
 - 1) informowanie Osoby uprawnionej do świadczenia o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 2) udzielanie, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
 - 3) tłumaczenie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
 - 4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
 - 5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Osoby uprawnionej do świadczenia – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
 - 6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
 - 7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
 - 8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Osobie uprawnionej do świadczenia.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
 - 1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 2) propozycję planu leczenia Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 3) informację, czy Osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej.
4. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotowuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Osoba uprawniona do świadczenia zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.
7. Osoba uprawniona do świadczenia nie może skorzystać z Drugiej opinii medycznej, jeśli dla danego Poważnego stanu chorobowego Towarzystwo rozpoczęło procedurę z wykorzystaniem Medycyny precyzyjnej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

8. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
 - 1) przedstawienie Osobie uprawnionej do świadczenia trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
 - 2) wybranie przez Osobę uprawnioną do świadczenia jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;

- 3) przekazanie Osobie uprawnionej do świadczenia Wstępnego certyfikatu medycznego;
- 4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
- 5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
- 6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
- 7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu;
- 8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
- 9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
- 10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
9. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 8 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Osoba uprawniona do świadczenia nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotowuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia.
10. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów podróży Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Osobę uprawnioną do świadczenia Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
 - a. transportu z miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
 - b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
 - c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
 - d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy;
 - 2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
11. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
12. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu);
 - 2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Osobę uprawnioną do świadczenia.
13. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
 - 1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
 - a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
 - b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
 - c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
 - d. usług medycznych świadczonych przez przychodnię przyszpitalną;
 - e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
 - f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
 - g. użytych leków i środków opatrunkowych;
 - 2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
 - a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanych przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
 - c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestesjologa oraz opieki anestesjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
 - d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
 - e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
 - f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
 - g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;

- 6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
- 7) koszty Przeszczepu narządu, lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
 - a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
 - c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Osoby uprawnionej do świadczenia (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
14. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 13 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
15. Świadczenia, określone w ust. 14, będą dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
16. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Osobie uprawnionej do świadczenia świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
17. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Osobę uprawnioną do świadczenia, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
18. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
19. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
20. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
21. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

22. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez Osobę uprawnioną do świadczenia, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - 1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
 - 2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
 - 3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
 - 5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
 - 6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
 - 7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
23. Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia koszty, o których mowa w ust. 22, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
24. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 2;
 - 2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 22 pkt 4-7;
 - 3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
25. W przypadku, o którym mowa w ust. 24, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Osoby uprawnionej do świadczenia i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 10-12.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

26. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
 - 1) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
 - 2) poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Osobę uprawnioną do świadczenia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Osoba uprawniona do świadczenia przedstawiła dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
 - 2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
 - 3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
28. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”. W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.

29. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Medycyna precyzyjna

30. Świadczenia z zakresu Medycyny precyzyjnej, określone w § 5 ust. 2, są realizowane, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
- 1) Osoba uprawniona do świadczenia jest w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymała zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
 - 2) diagnoza potwierdza wystąpienie Szczególnej postaci nowotworu złośliwego;
 - 3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji, która spełnia kryteria wyznaczone przez laboratorium i umożliwia mu prawidłowe przeprowadzenie testów (jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji – próbki krwi);
 - 4) Osoba uprawniona do świadczenia wyraziła wolę skorzystania z Medycyny precyzyjnej.
31. W przypadku, gdy diagnoza Nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Osoby uprawnionej do świadczenia do skorzystania ze świadczenia Medycyny precyzyjnej, a w późniejszym czasie nastąpi rozwój Nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo Leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne, wówczas Osoba uprawniona do świadczenia zyskuje prawo do skorzystania z Medycyny precyzyjnej.

Profilowanie molekularne w ramach Medycyny precyzyjnej

32. W ramach profilowania molekularnego Towarzystwo:
- 1) informuje Osobę uprawnioną do świadczenia o zakresie informacji medycznych niezbędnych do przygotowania Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej (m.in. o diagnozie, dostępności i miejscu przechowywania próbki, przebiegu dotychczasowego leczenia), a także sporządza listę brakujących dokumentów oraz przekazuje dalszy plan działania;
 - 2) organizuje odbiór próbki oraz dostarczenie jej do laboratorium;
 - 3) zleca przeprowadzenie testu profilowania molekularnego (jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji nabytych (somatycznych) Osoba uprawniona do świadczenia nie powinna przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu);
 - 4) przygotowuje, za pośrednictwem Zespołu lekarsko-eksperskiego, w ciągu 10 Dni roboczych od daty otrzymania wyników profilowania molekularnego, Raport ekspercki medycyny precyzyjnej obejmujący:
 - a. kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - b. wnioski z profilowania molekularnego;
 - c. zalecenia Zespołu lekarsko-eksperskiego dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
 - d. ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
 - e. informacje o dostępności Badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
 - f. wnioski dotyczące możliwych mutacji i nowotworów dziedzicznych (jeśli ma zastosowanie). Jeżeli Raport ekspercki medycyny precyzyjnej zidentyfikuje u Osoby uprawnionej do świadczenia potencjalne dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo zaoferuje jej również testy mutacji germinalnych (dziedzicznych);
 - 5) kontaktuje się z Osobą uprawnioną do świadczenia w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej. Za zgodą Osoby uprawnionej do świadczenia lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem Zespołu lekarsko-eksperskiego, który brał udział w przygotowaniu Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.
33. Dla każdej unikalnej diagnozy Nowotworu złośliwego wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatycznych) i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden Raport ekspercki medycyny precyzyjnej). Unikalna diagnoza Nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11.

Przegląd Badań klinicznych w ramach Medycyny precyzyjnej

34. W przypadku gdy Osobie uprawnionej do świadczenia zalecono w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej, aby zbadać możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badań klinicznych, a Osoba uprawniona do świadczenia chce skorzystać z tej możliwości, Towarzystwo, w ramach przeglądu Badań klinicznych, zapewnia:
- 1) informacje na temat Badań klinicznych;
 - 2) przeszukanie baz danych Badań klinicznych;
 - 3) kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w razie potrzeby, kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) pomoc w interpretacji kryteriów udziału w Badaniu klinicznym;
 - 5) dostarczenie raportu na temat najbardziej odpowiednich dla Osoby uprawnionej do świadczenia Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku przez tę osobę.
35. Towarzystwo nie może zagwarantować dopasowania wyszukanego Badań klinicznych do Osoby uprawnionej do świadczenia.
36. Jeśli wyszukanie Badań klinicznych nie zakończy się pomyślnym dopasowaniem lub Osoba uprawniona do świadczenia nie zdecyduje się dołączyć do żadnego ze znalezionych Badań klinicznych, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, Towarzystwo przeprowadzi drugie i ostateczne przeszukanie. Ponowne wyszukiwanie Badań klinicznych może wymagać powtórzenia części lub całości procesu rekrutacji, np. zebrania zaktualizowanej dokumentacji medycznej.
37. Po otrzymaniu od Osoby uprawnionej do świadczenia potwierdzenia zamiaru przystąpienia do któregośkolwiek z wyszukanym Badań klinicznych, Towarzystwo zapewni następujące wsparcie:
- 1) pomoc administracyjną przy wypełnianiu wniosku rejestracyjnego, w tym potrzebne tłumaczenia;
 - 2) informacje logistyczne dotyczące organizacji podróży i zakwaterowania, w zależności od lokalizacji Badań klinicznych;
 - 3) pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania, zgodnie z ust. 10 i 12, oraz wypłatę świadczenia dziennego, zgodnie z ust. 16 i 17.
38. Decyzję o przyjęciu Osoby uprawnionej do świadczenia do Badań klinicznych podejmuje jego organizator.

Testy genetyczne dla rodziny w ramach Medycyny precyzyjnej

39. W przypadku gdy w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej zidentyfikowano potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo, w ramach Testów genetycznych dla rodziny, zapewnia:

- 1) organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 2) jeśli wynik Testu genetycznego Osoby uprawnionej do świadczenia jest dodatni – organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) członkom rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia, w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób, pod warunkiem, że wyrazili oni na to zgodę;
 - 3) dostarczenie członkom rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia wyników Testu genetycznego;
 - 4) w przypadku pozytywnego wyniku Testu genetycznego członka rodziny – wirtualną rozmowę specjalisty z zakresu genetyki z członkiem rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia w celu omówienia wyników tego testu.
40. Członkowie rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia, którzy mogą zostać poddani Testom genetycznym, to: biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Osoby uprawnionej do świadczenia, które mogą zachorować na nowotwór zdiagnozowany u Osoby uprawnionej do świadczenia. Ostateczna decyzja o wyborze członków rodziny, którzy zostaną poddani Testowi genetycznemu, zostanie podjęta wyłącznie na podstawie zasadności klinicznej (przesłanek medycznych i naukowych).

Pokrycie kosztów medycznych wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej

41. Usługa Medycyny precyzyjnej skutkuje szeregiem zaleceń dotyczących możliwych rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej i/lub wyników przeglądu Badań klinicznych, które, w oparciu o ich medyczny charakter, można podzielić na trzy grupy:
- 1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”);
 - 2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”);
 - 3) Badania kliniczne.
42. Terapiom, wymienionym w ust. 41, odpowiada poniższy zakres świadczeń:
- 1) w ramach protokołów leczenia zgodnych ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”):
 - a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku, zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
 - b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 14;
 - 2) w ramach protokołów leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”):
 - a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, obejmującego terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego Nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
 - b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 14;
 - c. Wstępny certyfikat medyczny obejmujący leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym Szpitalu zagranicznym, który oferuje świadczenia wymienione w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
 - 3) w ramach Badań klinicznych:
 - a. sporządzenie Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej z rekomendacją do Badania klinicznego oraz sporządzenie raportu z Badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla Osoby uprawnionej do świadczenia Badania klinicznego;
 - b. pokrycie kosztów wymienionych w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Rodzaj kosztów		Zakres pokrywanych kosztów
	Badania kliniczne na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia	Badania kliniczne poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
Koszty medyczne	Nie dotyczy.	Koszty leczenia w ramach Medycyny precyzyjnej, zgodne ze standardem opieki medycznej, określonym w ust. 13-19, 22-29 oraz 44, pod warunkiem, że: a. leczenie jest przeprowadzane w tym samym Szpitalu, w którym jest przeprowadzane Badanie kliniczne oraz b. koszty te nie są finansowane przez organizatora Badania klinicznego.
Koszty podróży i zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Osoby towarzyszącej	Zgodnie z zakresem określonym w ust. 10-12 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu).	
Koszty transportu zwłok	W przypadku śmierci Osoby uprawnionej do świadczenia w trakcie udziału w Badaniach klinicznych, świadczenie realizowane zgodnie z zasadami określonymi w ust. 20 i 21.	

Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych Osoby uprawnionej do świadczenia	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych.	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych. Jeśli za ten sam okres należne jest dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu i dzienne świadczenie dla Badań klinicznych, wypłacone zostanie tylko dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu.
--	--	--

43. Organizator Badań klinicznych wskazuje Osobie uprawnionej do świadczenia zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte przez niego w ramach Badania klinicznego.
44. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej”). Jeżeli organizator Badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia, zgodnie z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte przez Towarzystwo w zakresie określonym w Tabeli nr 1.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym, albo
 - 2) ukończył 60 lat i nie ukończył 65 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10. z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 16 ust. 5.
4. Zakończenie Okresu realizacji świadczenia w ramach wszystkich Modułów ochrony dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
 - 1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
 - 2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
 - 3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego.
6. Dziecko może skorzystać ze świadczeń wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci. Jeżeli Dziecko jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz innej umowy dodatkowej dotyczącej leczenia za granicą, to świadczenia będą realizowane jedynie w ramach tej umowy dodatkowej, która została zawarta jako pierwsza.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym albo w wariancie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro) odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 13 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 13

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, jeżeli był on konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do świadczenia w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
 - 3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Osoby uprawnionej do świadczenia, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
 - 4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
 - 5) pozostawania przez Osobę uprawnioną do świadczenia pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do świadczenia, próby samobójczej Osoby uprawnionej do świadczenia, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia lub okaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
 a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:
 - 6) został zdiagnozowany lub był leczony u Osoby uprawnionej do świadczenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Osoby uprawnionej do świadczenia lub
 - b. leczonych u Osoby uprawnionej do świadczenia, lub
 - c. których leczenie zalecono u Osoby uprawnionej do świadczenia,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń Ubezpieczonego, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Osoba uprawniona do świadczenia nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo miała miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, przebywała poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
 - 1) niezastosowaniem się przez Osobę uprawnioną do świadczenia do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
 - 2) odmową poddania się przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
 - 3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
 - 4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
 - 5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
 - 6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzna warstwa skóry);
 - 7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
 - 8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
 - a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
 - b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
 - c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
 - d. Osoba uprawniona do świadczenia jest Dawcą dla osoby trzeciej;
 - e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;

- 9) Postępowaniem profilaktycznym;
- 10) Leczeniem alternatywnym;
- 11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą, z wyjątkiem Leczenia off-label oraz Badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 7 ust. 42 pkt. 3;
- 12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
- 13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy), chyba, że terapia ta została zalecona w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej oraz spełnia definicję Zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
 - 2) kosztów podania Leku;
 - 3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
 - 1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
 - 2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
 - 3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa następujących kosztów związanych z Medycyną precyzyjną:
 - 1) wykonania biopsji w celu pobrania lub usunięcia tkanki lub płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do testu profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 7 ust. 30 pkt 3;
 - 2) kosztów medycznych (leczenia) – w przypadku, gdy Osoba uprawniona do świadczenia weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) kosztów leku stanowiącego przedmiot Badania klinicznego, jego podania oraz kosztów bieżącego monitorowania stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia, a także leczenia jakichkolwiek niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem Badania klinicznego – w przypadku, gdy Osoba uprawniona do świadczenia weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez Osobę uprawnioną do świadczenia lub członków jej rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania lub ekstrakcji próbki do badań;
 - 5) opłat administracyjnych lub innych kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
 - 1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
 - 2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 14 (Siła wyższa);
 - 3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
 - 4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
 - a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
 - b. są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
 - 6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
 - 7) leczeniem zmian ościennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
 - 8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniem hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
 - 9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
 - 10) rozmowami telefonicznymi Osoby uprawnionej do świadczenia, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
 - 11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
 - 12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Osobę uprawnioną do świadczenia we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
 - 14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
 - 15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Osobie uprawnionej do świadczenia w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
 - 16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Osobie uprawnionej do świadczenia po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
 - 1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
 - 2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
 - 3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
 - 4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.

9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
 - 2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
 - 3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
10. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego, był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Osoba uprawniona do świadczenia była wcześniej objęta przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w §7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
(łącznie limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)

2 000 000 EUR

Świadczenia z tytułu leczenia za granicą	Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia
--	---

1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

Świadczenia z tytułu Medycyny precyzyjnej	Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia
---	---

1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie w ramach Medycyny precyzyjnej	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni
3) Dienne świadczenie dla Badań klinicznych	100 EUR ograniczone do 60 dni
4) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Realizacja świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.

Realizacja świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o realizację świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Osoba uprawniona do świadczenia może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez nią adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 18

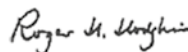
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (kod GPR_DCHB_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1, 2, 5, 7 i 8	§ 12; § 13 ust. 1 i 4; § 14 ust. 3, 4 i 6

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU**

(KOD GPR_DCHB_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagłe;
- 3) **OIOM** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej) – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.

W rozumieniu OWUD pojęcie OIOM obejmuje także:

- a. oddział intensywnej terapii;
- b. oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- c. oddział intensywnego nadzoru medycznego;
- d. salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej;
- 4) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 5) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski.

Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.

W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem w szpitalu nie jest pobyt w:

- a. placówkach leczenia odwykowego;
- b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;

- c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 6) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 9) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu;
- 10) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
 - a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
 - b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był konsekwencją Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 14 ust. 8.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.

2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Roczniccy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
 - 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;
 - 5) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 a także, jeżeli Pobyt w szpitalu:

- 8) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 9) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

§13

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu, określony w tabeli nr 1, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu w szpitalu:

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą	
	za każdy dzień Pobytu w szpitalu
	0,5%
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	
	za każdy dzień Pobytu w szpitalu
	1%

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie Pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu w okresie jednego Roku polisy.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
5. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawki za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu.
8. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, a spowoduje on Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie udzielania ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień tego pobytu świadczenie w wysokości 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;

- 3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu;
- 4) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wydanego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 3 i 4, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 6.

Postanowienia końcowe

§ 16

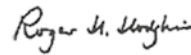
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Usługi medyczne dla Ubezpieczonego (kod GPR_PRZ_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 2	§ 5 ust. 2 i 5; § 10; § 11 ust. 3

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
USŁUGI MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO
(KOD GPR_PRZ_05.2025)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Usługi medyczne dla Ubezpieczonego (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie przez Towarzystwo Usług medycznych dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, dostępna u Świadczeniodawców współpracujących w ramach Usług medycznych;
- 2) **Osobisty opiekun** – pracownik infolinii Usług medycznych dostępny od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia;
- 3) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 4) **Portal Usług medycznych** – platforma internetowa udostępniana Ubezpieczonemu przez całą dobę, pod adresem wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, za pośrednictwem której realizowane są Usługi medyczne;
- 5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Usługi medyczne dla Ubezpieczonego;
- 6) **Świadczeniodawca** – podmiot, który jest wykonawcą świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Usług medycznych;
- 7) **Usługi medyczne** – pakiet usług medycznych w ramach świadczenia zdrowotnego, objęty zakresem ubezpieczenia, pozostający w związku z ochroną zdrowia lub nieprawidłowym, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stanem fizycznym lub psychicznym organizmu, lub uszkodzeniem ciała, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych. Usługi medyczne, których zakres wskazany został w § 5 ust. 2 OWUD, dostępne są dla Ubezpieczonego za pośrednictwem Portalu Usług medycznych lub przez Osobistego opiekuna.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest udostępnianie Usług medycznych Ubezpieczonemu.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medyczne, wskazane w § 5 ust. 2, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony.

§ 5

1. Usługi medyczne dla Ubezpieczonego udostępniane są za pośrednictwem Portalu Usług medycznych lub przez Osobistego Opiekuna.
2. Zakres Usług medycznych, sposób ich udzielania oraz limity określone zostały w tabeli nr 1:

tabela nr 1

Lp.	Usługa medyczna	Organizacja	Realizacja	Osobisty opiekun	Portal Usług medycznych	Limity
1)	Badania profilaktyczne Ubezpieczonego (zgodnie z zakresem wskazanym w ust. 3)	✓	✓	✓	✓	Raz w Roku polisy
2)	Badania laboratoryjne oraz badania obrazowe	✓		✓	✓	Bez limitu
3)	Wsparcie w zakresie wiedzy medycznej oraz informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego i jego bliskich (udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego)		✓	✓		Bez limitu
4)	Udzielanie informacji o badaniach zalecanych do wykonania przed wizytą u Lekarza		✓	✓		Bez limitu
5)	Udzielanie informacji o aptekach dyżurnych		✓	✓		Bez limitu
6)	Udzielanie informacji o dostępności danego leku w aptece		✓	✓	✓	Bez limitu
7)	Udzielanie informacji o potencjalnych interakcjach danego leku		✓	✓		Bez limitu
8)	Autodiagnoza Ubezpieczonego przeprowadzana za pośrednictwem narzędzi udostępnianych w ramach Usług medycznych wraz z dostępem do wykazu potencjalnych chorób i specjalizacji lekarskich, odpowiadających za ich diagnostykę i leczenie		✓		✓	Bez limitu
9)	Wykaz badań oraz informacji o rekomendowanej częstotliwości ich wykonywania w celach profilaktyki zdrowotnej		✓	✓	✓	Bez limitu
10)	Udzielanie informacji o przybliżonych dostępnych terminach przyjęć w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w danych poradniach specjalistycznych, w określonych miejscowościach i u określonych Świadczeniodawców		✓	✓	✓	Bez limitu
11)	Wizyty u Lekarza, w tym wizyty za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość dostępnych w ramach Usług medycznych	✓		✓	✓	Bez limitu
12)	Wizyty domowe do miejsca pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i w ramach miejscowości wskazanych przez Świadczeniodawców	✓		✓	✓	Bez limitu
13)	Zdalna diagnostyka kardiologiczna Ubezpieczonego, przy wykorzystaniu Holtera (Eventholter) wraz ze zwrotnym przekazywaniem wyników	✓		✓	✓	Bez limitu
14)	Całodobowy monitoring aktywności serca Ubezpieczonego poprzez aktywny Holter (certyfikowane urządzenie medyczne), który przesyła wyniki do Lekarza w przypadku, gdy Ubezpieczony odczuwa dolegliwości i umożliwia podjęcie interwencji lekarskiej na podstawie otrzymywanych wyników	✓		✓	✓	Bez limitu

3. Badania profilaktyczne Ubezpieczonego, o których mowa w pkt. 1 tabeli nr 1, realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i obejmują zakres badań wskazany w tabeli nr 2:

tabela nr 2

Lp.	Nazwa badania	Kod badania
1)	OB	ICD-9 C59
2)	Morfologia krwi (pełna)	ICD-9 C55
3)	Glukoza	ICD-9 L43
4)	Cholesterol całkowity	ICD-9 I99
5)	ALT	ICD-9 I17

6)	Kreatynina (w surowicy)	ICD-9 M37
7)	Triglicerydy	ICD-9 O49
8)	TSH	ICD-9 L69
9)	Badanie ogólne moczu	ICD-9 A01

W przypadku gdy Ubezpieczony wykona badania, o których mowa w tabeli nr 2, samodzielnie i bez pośrednictwa Portalu Usług medycznych albo Osobistego opiekuna, to koszty takich badań nie będą zwracane przez Towarzystwo.

- Usługi medyczne, wskazane w pkt 2, 11, 12, 13 oraz 14 tabeli nr 1, obejmują usługi związane z organizacją czyli umawianiem i planowaniem Usług medycznych, bez ponoszenia ich kosztów przez Towarzystwo. Realizacja Usług medycznych, wskazanych w zdaniu poprzedzającym, wykonywana jest przez Świadczeniodawców odpłatnie, w czasie godzin ich pracy i według obowiązującego u nich cennika.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
 - ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

- Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
- Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wykona Usług medycznych w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja Usług medycznych naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wykonane Usługi medyczne.

Realizacja świadczenia

§ 11

1. W celu skorzystania z Usług medycznych Ubezpieczony powinien zalogować się do Portalu Usług medycznych albo skontaktować się telefonicznie z Osobistym opiekunem pod numerem telefonu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie telefoniczne następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu telefonicznego z Osobistym opiekunem Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego albo numer i serię dokumentu tożsamości, gdy Ubezpieczony nie posiada nr PESEL;
 - 4) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 5) inne informacje niezbędne Osobistemu opiekunowi do zorganizowania pomocy w ramach Usług medycznych.
3. Osobisty opiekun może odmówić realizacji Usług medycznych w przypadku:
 - 1) odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub braku współpracy po stronie Ubezpieczonego;
 - 2) gdy podane telefonicznie informacje, o których mowa w ust. 2, są niezgodne z danymi posiadanymi przez Towarzystwo lub mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień dzwoniącego do korzystania z Usług medycznych.
4. Usługi medyczne realizowane przez Świadczeniodawców wykonywane są w czasie godzin ich pracy.

Postanowienia końcowe

§ 12

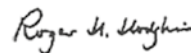
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod GPR_ADISB4_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 12; § 13 ust. 1 i 4; § 14 ust. 2-5, 7-9

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU**

(KOD GPR_ADISB4_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanym dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
- 5) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
 Definicja nie obejmuje:
 - a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;

- c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 6) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
- a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
 - b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.
- Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 5) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
 - 6) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, jeżeli wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmian w Umowie dodatkowej na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową**§ 11**

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 i 6, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności**§ 12**

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, były konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 3) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 4) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
 - 5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:
 - 6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego;
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) są skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji”.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych

przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdiagnozowanie Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
5. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 15 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika, nie wcześniej niż 90 dni i nie później niż 24 miesiące od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
6. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Zawałem serca lub Udarem mózgu, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Zawałe serca lub Udarze mózgu.
8. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
9. W przypadku wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków Zawału serca lub Udaru mózgu poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 16

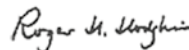
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance
(kod GPR_ASTV1_05.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 1; § 11	§ 5 ust. 2; § 10; § 11 ust. 1, tabela nr 1; § 12 ust. 4; § 13 ust. 1 i 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE

(KOD GPR_ASTV1_05.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego oraz Współmałżonka Ubezpieczonego albo Partnera Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny** – sprzęt przenośny do indywidualnego użytku w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nieemitujący fal elektromagnetycznych, promieniowania cieplnego i niezasilany prądem elektrycznym;
- 3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
- 4) **Fizjoterapia poporodowa** – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie;
- 5) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 6) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 7) **Lekarz konsultant Centrum Pomocy** – lekarz współpracujący z Centrum Pomocy (zwany dalej „Lekarz konsultant”);
- 8) **Lekarz prowadzący** – lekarz, pod opieką którego znajduje się Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 9) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 11) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- 12) **Osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;

- 13) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony, Dziecko Ubezpieczonego, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego;
- 14) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum Pomocy, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
- 15) **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;
- 16) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 17) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance;
- 18) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 19) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zajęciem Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 20) **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 21) **Zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, Dziecka oraz Współmałżonka albo Partnera.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego oraz Dziecko Ubezpieczonego.

§ 5

- 1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance:
 - 1) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje i pokrywa koszty takiej wizyty w placówce medycznej najbliższego miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty za maksymalnie 4 wizyty w Roku polisy. W przypadku Nieszczęśliwego wypadku organizacja wizyty możliwa jest w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była Hospitalizowana przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza prowadzącego;
 - c. dostawa leków – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
 - d. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
 - e. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinna używać Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego w domu, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty jego wypożyczenia lub zakupu, jeżeli nie jest możliwe jego wypożyczenie. Koszty wypożyczenia lub zakupu Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego wykraczające poza limit świadczenia, określony w tabeli nr 1, pokrywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - f. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
 - a) z Miejsca zamieszkania do, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta, Szpitala;
 - b) ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - c) ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli Hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
 - g. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była Hospitalizowana dłużej niż 5 dni, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu Hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania;
 - h. organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, wymaga rehabilitacji, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty, w tym specjalisty fizjoterapii sportowej, w Miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa koszty transportu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do poradni rehabilitacyjnej oraz serii wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
 - i. opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielną, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:

- a) opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną przez okres Hospitalizacji – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - b) transport Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
- 2) usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad Zwierzętami domowymi jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od Lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. Centrum Pomocy zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegającej na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt.
 Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
 - b. rehabilitacja po porodzie – jeżeli Ubezpieczony na skutek porodu wymaga rehabilitacji, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty:
 - a) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po porożu (po upływie 6 tygodni od porodu) obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę mięśnia prostego brzucha, ocenę rozjęcia spojenia łonowego, ocenę posturalną, instruktaż w zakresie reaktywacji poporodowej mięśni dna miednicy oraz mięśni prostych brzucha;
 - b) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po cesarskim cięciu (3 tygodnie po porodzie) obejmuje: wczesną ocenę blizny, instruktaż wczesnej pielęgnacji i mobilizacji blizny, ocenę posturalną;
- 4) usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym za nie więcej niż 5 nocy hotelowych;
- 5) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Dziecka, Współmałżonka albo Partnera, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa;
- 6) usługi realizowane na wniosek Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
- a. osobisty asystent – Centrum Pomocy organizuje wybrane świadczenie:
 - a) telefoniczna konsultacja z Lekarzem – Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem konsultantem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum Pomocy zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum Pomocy zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie uzgodnionym z Osobą uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt f ppkt b, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. psycholog „na życzenie” – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz jego honorarium, za maksymalnie 3 wizyty w Roku polisy;
 - c. Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza konsultanta nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
 Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt c mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Pomocy. Ponadto Centrum Pomocy udostępni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujące informacje:
 - a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarza konsultanta;
 - d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) baza danych placówek opieki społecznej;
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;

- h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią albo depresją;
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;
 - p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - s) profilaktyka zachorowań na grype;
- 7) usługi realizowane w przypadku Nieszcześliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza konsultanta;
 - c. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza konsultanta;
 - d. transport medyczny powrotny – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance odpowiednim, zalecanym przez Lekarza prowadzącego, środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez Lekarza prowadzącego;
 - f. przekazywanie informacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance jest Hospitalizowana, Centrum Pomocy zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu, na wyraźne życzenie Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7 ppkt b-e, pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;

- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
- 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, które wywołały konieczność skorzystania z Usług medycznego assistance, są konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) popełnienia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 4) spożycia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 5) pozostawiania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez Lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance, próby samobójczej Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub okaleczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
 - 6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 8) operacji zmiany płci Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance), sztucznego zapłodnienia tej osoby lub innego sposobu leczenia jej niepłodności;
 - 9) pobrania od Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 11) niestosowania się przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza konsultanta;
 - 12) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, rozumianych jako schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) uprawiania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału tej osoby w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wykona usługi w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja usługi naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wykonana usługa.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 11

1. Świadczenia w zakresie poszczególnych Usług medycznego assistance udzielane są do wysokości limitu wskazanego w tabeli nr 1, z zastrzeżeniem ust. 2.

tabela nr 1

	Usługa medycznego assistance	Limit świadczenia na zdarzenie
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Szpitala, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala	
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	2 000,00 zł
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 000,00 zł
	Pomoc domowa po Hospitalizacji	500,00 zł
	Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	500,00 zł
	Transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Opieka nad Zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
	Transport Zwierząt domowych	300,00 zł
Usługa realizowana w przypadku urodzenia Dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł
	Rehabilitacja po porodzie	800,00 zł
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym	1 000,00 zł
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza	150 EUR raz w trakcie Roku polisy
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty
	Transport medyczny	Organizacja transportu
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu
	Przekazywanie informacji	Usługa
	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
Inne usługi	Psycholog „na życzenie”	600,00 zł
	Osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala	Do limitu dla usługi Transportu medycznego ze Szpitala do Szpitala
	Infolinia medyczna	Usługa

2. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w § 5 taki limit został wskazany.

Realizacja świadczenia

§ 12

- W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
- W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna podać następujące dane:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;

- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL Współmałżonka albo Partnera lub Dziecka, jeżeli tych osób dotyczy zgłoszenie;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązany jest okazać usługodawcy przybytemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
 4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

Refundacje

§ 13

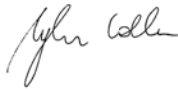
1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum Pomocy, chyba że Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskała telefonicznie taką zgodę od Centrum Pomocy.
2. Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna złożyć do Centrum Pomocy pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków nie później niż w terminie 14 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy.
3. Centrum Pomocy przekazuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez Centrum Pomocy refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum Pomocy, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część refundacji Centrum Pomocy wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Postanowienia końcowe

§ 14

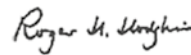
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:**NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT II,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU
KOMUNIKACYJNEGO,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSPÓŁMAŁŻONKA ALBO PARTNERA
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU****TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU****(KOD GPR_ADISB6_ADISB3_ATDISB6_ADISB4_CADISB5_SADISB3_05.2025)**

Niniejszą tabelę stosuje się przy ocenie skutków Nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów dodatkowych na wypadek: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I oraz wariant II), Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj uszkodzeń ciała	% uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy	
1) Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10
b. oskalpowanie:	5-25
2) Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10
3) Ubytek w kościach czaszki:	
a. o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7
b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.	
4) Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15
5) Porażenie i niedowłady połowiczne:	
a. porażenie połowiczne lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100
b. głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80
c. średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60
d. niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35
e. monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
– kończyna górna – wg skali Lovett'a	
– prawa górna kończyna	
0°	40
1 – 2°	30-35
3 – 4°	5-25
– lewa górna kończyna	
0°	30

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy		
1 – 2°		20-25
3 – 4°		5-15
– kończyna dolna (prawa i lewa) – wg skali Lovett’a		
0°		40
1 – 2°		30
3 – 4°		5-20
6) Zespoły pozapiramidowe:		
a. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich		100
b. zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.		40-80
c. zaznaczony zespół pozapiramidowy		10-30
7) Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a. zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie		100
b. utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym		70-80
c. miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej		30-60
d. dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów		5-25
8) Padaczka:		
a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby		100
b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia		30-70
c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów		20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9) Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję		100
b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia		50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10) Nerwice:		
a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym		2-10
b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń		2-10
c. zespół cerebrasteniczny z utwalonymi skargami subiektywnymi		5-30
11) Zaburzenia mowy:		
a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją		80
b. afazja całkowita motoryczna		60
c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się		30-40
d. afazja nieznacznego stopnia		10-20
12) Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)		
a. znacznie upośledzające czynność ustroju		40-60
b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju		20-30
13) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		
a. nerwu okoruchowego:		
– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia		5-15
– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia		10-30
b. nerwu błotkowego		3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia		1-5
14) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia		5-20
15) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzeciowego – w zależności od stopnia uszkodzenia		5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzeciowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 49.		
16) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów pokarmowych		5-50
17) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia		3-15
18) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia		5-20

B. Uszkodzenia twarzy

19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):

a. oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60

20) Uszkodzenia nosa:

a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20
c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30

Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.

21) Utrata zębów:

a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5

22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań

15-30

23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):

a. szczęki	40
b. żuchwy	50

24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:

a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10

25) Ubytek podniebienia:

a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40

26) Ubytki języka:

a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

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

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38		
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:			
a. jednego oka	15		
b. obu oczu	30		
29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyńówki jednego oka			
b. zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	wg tabeli z p.27a		
c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka			
d. zanik nerwu wzrokowego			
30) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:			
a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)			
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg tabeli z p.27a		
c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku			
31) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a		
32) Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%
33) Połowicze niedowidzenia:			
a. dwuskroniowe			60
b. dwunosowe			30
c. jednoimienne			25
d. jednoimienne górne			10
e. jednoimienne dolne			40
34) Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
a. w jednym oku			25
b. w obu oczach			40
35) Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:			
a. w jednym oku			10
b. w obu oczach			30
36) Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
a. w jednym oku			5-10
b. w obu oczach			10-15
37) Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38) Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39) Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia			50-100
40) Zaćma urazowa			wg tabeli z p.27a
41) Przewlekłe zapalenie spojówek			1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).

Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43) Urazy małżowiny usznej:

a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25

44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:

a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
b. obu stronnie z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	

45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

a. jednostronne	1-5
b. obu stronnie	10

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

a. jednostronne	5-15
b. obu stronnie	10-20

47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu

wg tabeli z p. 42

48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60

49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji

1-10

51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia

5-30

52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

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

53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo-krążeniową	45-60

54) Uszkodzenie przełyku powodujące:

a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:

a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa

65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe, itp. oraz wszystkie, które uwiłocznily się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie są uznawane za urazowe.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołoodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa – ciąg dalszy

72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w Tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)

87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25

Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięsaszowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
---	------

Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zeszytywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy			
91)	Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10	
92)	Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10	
93)	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
	a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100	
	b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch łasek	60-70	
	c. niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej łasce	30-40	
	d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100	
	e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70	
	f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30	
	g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40	
	h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30	
94)	Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
	a. szyjne	1-20	
	b. piersiowe	1-10	
	c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25	
	d. guziczne	1-5	
K. Uszkodzenia miednicy			
95)	Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
	a. niewielkiego stopnia	1-10	
	b. dużego stopnia	10-35	
96)	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:		
	a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15	
	b. w odcinku przednim i tylnym	15-45	
97)	Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:		
	a. zwinięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10	
	b. zwinięcie II° – wyraźne zmiany	10-20	
	c. zwinięcie III° – duże zmiany	20-35	
	d. zwinięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45	
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.			
98)	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.			
L. Uszkodzenia kończyny górnej			
		Prawa	Lewa
99)	Złamanie łopatki:		
	a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
	b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.			
100)	Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
	a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
	b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101)	Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
	a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
	b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:

a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu

+ 5

Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.

104) Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:

a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25

105) Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny

20-30 15-30

106) Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG

25 20

107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji

25-40 20-35

Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń oceniany jest według norm neurologicznych.

108) Zesztywnienie stawu barkowego:

a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35

109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu

1-15 1-10

110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji

+1-35 +1-25

111) Utrata kończyny w barku

75 70

112) Utrata kończyny wraz z łopatką

80 75

113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:

a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50

114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:

a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15

115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:

a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60

116) Przepukliny mięśniowe ramienia

1-3 1-3

117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:

a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25

118) Zesztywnienie stawu łokciowego:

a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45

119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:

a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10

Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotegowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródręcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąż dalszy

c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny, itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji kciuka – w zależności od stopnia		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	25-30	23-33

Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

137) Utraty w obrębie palca wskazującego

a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17-23	15-20

138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny itp.) powodujące trwałe uszkodzenia funkcji palca II – w zależności od stopnia

a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15

139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:

a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1

140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza

141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny, itp.) powodujące trwałe ograniczenie funkcji palców III, IV, V – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5

Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

142) Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-25
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi	

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotegowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno–dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 180°–140° za każde 2° ubytku ruchu	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 140°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–30° za każde 10° ubytku ruchu	+1
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

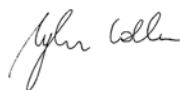
M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwinięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statycznie – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
o. nerwu zasłonowego	5-15	5-15
p. nerwu udowego	10-30	10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	10-20
r. nerwu sromowego wspólnego	5-25	5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	10-40
u. nerwu strzałkowego	10-20	10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50	30-50

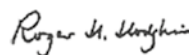
Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 5 czerwca 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.