

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA MOJA RODZINA

SPIS TREŚCI

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE	3
DEFINICJE	3
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	8
ZAKRES UBEZPIECZENIA	8
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	11
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	12
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	13
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	13
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	14
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	14
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	15
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	16
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	19
Klauzula Umowna 01 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon Ubezpieczonego	20
Klauzula Umowna 02 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	20
Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń	21
Klauzula Umowna 04 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego	22
Klauzula Umowna 05 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu	22
Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego	23
Klauzula Umowna 07 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego	24
Klauzula Umowna 08 – ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy	24
Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu	25
Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań	26
Klauzula Umowna 11 – ubezpieczenie operacji	27
Klauzula Umowna 12 – ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży	32
Klauzula Umowna 13 – ubezpieczenie medyczne	35
Klauzula Umowna 14 – ubezpieczenie assistance medycznego	38

CIGNA STU SA

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji
z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
tel. (0-22) 537-68-00, tel. fax (0-22) 53 76 804, www.cignastu.com.pl

KRS 0000054136 Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 526-00-38-806 Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 78.440.000 PLN

CU/MR/29

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia MOJA RODZINA, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej Ubezpieczającymi a Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA STU S.A., zwanym dalej UBEZPIECZYCIEM.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie). Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA może UBEZPIECZYCIEL podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy UBEZPIECZYCIEL przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz, bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- 2) **anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej niewydolności szpiku kostnego, której wynikiem jest łączne wystąpienie anemii, neutropenii i trombocytopenii wymagającej leczenia obejmującego przynajmniej jedno z poniższych:
 - a) przetoczenie produktów krwiopochodnych,
 - b) podawanie czynników stymulujących produkcję szpiku,
 - c) podawanie czynników immunosupresyjnych,
 - d) przeszczep szpiku.

Rozpoznanie anemii aplastycznej musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę hematologa;

- 3) **bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, stwarzając niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu - w rozumieniu art. 158 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
- 4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez UBEZPIECZYCIELA (adres, numer telefonu podawany jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia), która na zlecenie UBEZPIECZYCIELA udziela świadczeń assistance,
- 5) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 6) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – ciężkie schorzenie układu nerwowego spowodowane zakażeniem od chorego na BSE bydła. Choroba Creutzfeldta-Jakoba jest analogiczną do BSE chorobą prionową, charakteryzującą się postępującym otępieniem, któremu towarzyszą zaburzenia widzenia, zaburzenia psychiatryczne, drgawki, utrata zdolności ruchowej, głębokie wyniszczenie organizmu i w konsekwencji śmierć;
- 7) **choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, leczony stale lub okresowo przed datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii). Rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną, w tym również badaniami genetycznymi;

- 9) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2004r. Nr 174 poz. 1807 z późn. zm.), a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły na podstawie wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej,
- 10) **dziecko Ubezpieczonego** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły – w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek, w przypadku trwałej niezdolności dziecka do pracy, uniemożliwiającej rozpoczęcie pracy zarobkowej,
- 11) **franszyza redukcyjna** – ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, które polega na obniżeniu zwrotu koszt każdego świadczenia medycznego, wymienionego w TABELI nr 1, o której mowa w §2 Klauzuli Umownej 13 stanowiącej załącznik nr 13 do niniejszych OWU, o określony procent, niezależnie od wysokości poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczenia medycznego,
- 12) **karencja** – ustalony w OWU okres, w czasie którego zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie skutkuje wypłatą świadczenia,
- 13) **koszty leczenia** – poniesione po za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia, koszty usług i zabiegów wymienionych w §5 ust. 1 Klauzuli Umownej nr 12 stanowiącej załącznik nr 12 do niniejszych OWU,
- 14) **koszty świadczeń medycznych** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia, koszty poniesione na badania ambulatoryjne, konsultacje lekarskie, wykonanie badań diagnostycznych, zabiegów medycznych oraz innych świadczeń medycznych wymienionych wyłączenie w TABELI nr 1, o której mowa w §2 Klauzuli Umownej 13 stanowiącej załącznik nr 13 do niniejszych OWU,
- 15) **krótkotrwała niezdolność do wykonywania pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni, udokumentowana:
 - a) kopią zwolnienia lekarskiego L4, potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła zwolnienie,
 - b) zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie lub prowadzenie działalności gospodarczej,
 - c) w przypadku działalności gospodarczej, kopią dokumentu potwierdzającego otrzymanie zasiłku chorobowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- 16) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia urazów lub zachorowań, będących podstawą zgłoszonego roszczenia, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, nie będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 17) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance,
- 18) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym UBEZPIECZYCIEL zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego nie może dokonywać dla potrzeb UBEZPIECZYCIELA oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia,
- 19) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym,
- 20) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł. O ile została opłacona dodatkowa składka, za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca i udar mózgu, jeżeli choroby te zostały stwierdzone orzeczeniem lekarskim w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także gdy Ubezpieczony nie przekroczył 60 roku życia w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
- 21) **niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek, charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerek;
- 22) **nowotwór złośliwy** – obecność niekontrolowanego wzrostu i rozprzestrzeniania się komórek nowotworowych z naciekaniem i destrukcją prawidłowej tkanki. Rozpoznanie nowotworu powinno być potwierdzone badaniem histopatologicznym pobranego materiału przeprowadzonym przez wykwalifikowanego anatomopatologa. Definicja choroby nowotworowej obejmuje również białaczkę (za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Za nowotwór złośliwy nie uważa się:

- a) nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ),
 - b) dysplazji szyjki macicy, nowotworu szyjki macicy w stopniu od CIN-1 do CIN-3, nowotworu pęcherza moczowego Ta – wg klasyfikacji TNM,
 - c) czerniaka złośliwego o maksymalnej grubości mniejszej niż 1,5 mm określonej w wyniku badania histopatologicznego lub sklasyfikowanych poniżej pT2 (III stopień Clark'a),
 - d) nowotworu podstawonokomórkowego skóry oraz zmiany opisywanej jako hiperkeratozy, nowotworu płaskonabłonkowego skóry,
 - e) mięsaka Kaposiego i innego nowotworu związanego z zespołem chorobowym towarzyszącym AIDS;
- 23) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez UBEZPIECZYCIELA przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca w szczególności: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy, wiek oraz płeć, rodzaj prowadzonej działalności/wykonywanej pracy i/lub uprawianej dyscypliny sportowej, a także stan zdrowia,
 - 24) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie UBEZPIECZYCIELA do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
 - 25) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
 - 26) **oparzenie** – głębokie termiczne i/lub chemiczne oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „Reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera;
 - 27) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są: zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
 - a) operacja metoda otwartą – polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, połączona z bezpośrednią ingerencją w ich wnętrzu lekarza przeprowadzającego operację,
 - b) operacja metodą laparoskopową - polega na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, przy użyciu specjalistycznej aparatury, z pomocą której odbywa się ingerencja w ich wnętrzu,
 - c) operacja metodą zamkniętą – bez otwierania przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych (przezskórne, endoskopowe, przeznaczyniowe);
 - 28) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą dotyczący tego samego urazu lub choroby;
 - 29) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub choroby. UBEZPIECZYCIEL wymaga przedstawienia zaświadczenia lekarskiego dokumentującego przyczynę (choroby lub zdarzenia) wystąpienia paraliżu kończyn;
 - 30) **partner** – osoba płci odmiennej, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, wskazana imiennie w umowie ubezpieczenia,
 - 31) **pobicie** – napaść fizyczna co najmniej dwóch osób na jedną osobę lub osoby, stwarzająca niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia uszczerbku na zdrowiu - w rozumieniu art. 158 kodeksu karnego (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
 - 32) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, chorobą lub porodem, w zależności od wyboru opcji ubezpieczenia, trwający przez okres co najmniej dwóch lub trzech dni;
 - 33) **pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, jeżeli spełnia warunki techniczne obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego. W rozumieniu niniejszych OWU za pojazd nie uznaje się pojazdów wojskowego, pojazdu stosowanego do celów specjalnych, mechanicznego pojazdu jednośladowego oraz roweru,

- 34) **poliomielitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest co najmniej paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Diagnostyka musi być potwierdzona przez dwóch niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych. Ponadto UBEZPIECZYCIEL wymaga przedstawienia dokumentów potwierdzających trwałe deficyty neurologiczne;
- 35) **pomostowanie naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji kardiologicznej z otwarciem klatki piersiowej mającej na celu korektę zwężonych lub zablokowanych dwóch lub więcej naczyń wieńcowych wraz z założeniem pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) ograniczających symptomy anginalne oraz przeprowadzenie jednego z następujących zabiegów:
- angioplastyki balonowej,
 - wycięcie części tętnicy,
 - udrażniania przy pomocy techniki laserowej.
- Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70 % zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych i wymagają potwierdzenia konieczności przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów wynikami badań wieńcowych – koronarografii;
- 36) **poważne zachorowanie** – zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA: choroba Creutzfeldta-Jacoba, niewydolność nerek, paraliż, śpiączka, udar mózgu, zawał serca, zakażenie wirusem HIV, nowotwór złośliwy, utrata mowy, słuchu, wzroku. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych, a w przypadku ubezpieczenia dziecka: anemię aplastyczną, dystrofię mięśniową, poliomielitis, stwardnienie rozsiane. Rozpoznanie schorzenia lub wykonanie procedury medycznej musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
- 37) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
- od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
lub
 - od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
- 38) **pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy, której przedmiotem jest zatrudnienie,
- 39) **rodzic Ubezpieczonego** – naturalny ojciec lub matka Ubezpieczonego, bądź osoba, która dokonała pełnego lub niepełnego przysposobienia Ubezpieczonego, bądź ojczym lub macocha, jeżeli nie żyje ojciec naturalny lub matka,
- 40) **rodzic współmałżonka** - naturalny ojciec lub matka współmałżonka Ubezpieczonego, bądź osoba, która dokonała pełnego lub niepełnego przysposobienia współmałżonka Ubezpieczonego, bądź ojczym lub macocha, jeżeli nie żyje ojciec naturalny lub matka,
- 41) **rodzina** – osoby prowadzące wspólne gospodarstwo domowe, zamieszkujące pod tym samym adresem, do których należą: Ubezpieczony, jego współmałżonek oraz dzieci Ubezpieczonego,
- 42) **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatu tlenowego, skoki bungee, speleologia, bobsleje, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, sporty motorowe,
- 43) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją w mózgu i rdzeniu kręgowym. Diagnostyka powinna być jednoznaczna, potwierdzona przez specjalistę neurologa, określająca deficyt neurologiczny z utrzymującymi się objawami zajęcia nerwów wzrokowych pnia mózgu i rdzenia kręgowego z równoczesnym osłabieniem koordynacji oraz funkcji ruchowej i czuciowej. Świadczenie przysługuje, pod warunkiem stwierdzenia u Ubezpieczonego inwalidztwa częściowego przekraczającego 75%, potwierdzonego przez lekarza zaufania;
- 44) **szpital** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty oddział opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. Za szpital nie uważa się domu opieki, hospicjum, sanatorium, a także placówki, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 45) **śpiączka** – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu

podtrzymującego funkcje życiowe doprowadzający do trwałego deficytu neurologicznego powodującego istotne upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem iż stan śpiączki musi trwać dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Za śpiączkę w rozumieniu niniejszej definicji nie uznaje się stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych. Wymagane jest przedstawienie dowodów na istnienie utrwalonych ubytków neurologicznych potwierdzonych przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii;

- 46) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739 z dn. 28.12.2004r. z późn. zm.),
- 47) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przez UBEZPIECZYCIELA w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA,
- 48) **transplantacja głównych organów** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Diagnoza i zalecenie zabiegu transplantacji muszą być potwierdzone przez dwóch lekarzy specjalistów, z których jeden jest lekarzem zaufania;
- 49) **ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 50) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawarta z Ubezpieczającym przez UBEZPIECZYCIELA na rzecz osoby fizycznej,
- 51) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia, zawarta z Ubezpieczającym przez UBEZPIECZYCIELA, na rzecz Ubezpieczonego, współmałżonka/partnera Ubezpieczonego oraz dzieci Ubezpieczonego,
- 52) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż osoba ta w dniu przystąpienia po raz pierwszy do ubezpieczenia, w ramach niniejszych OWU, nie ukończyła 65 lat. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia z Ubezpieczonym, który ukończył 65 rok życia, z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 2 pkt. 2) oraz §5 ust. 1 pkt. 14) oraz §5 ust. 3 – 5,
- 53) **udar mózgu** – naczyniopochodny incydent mózgowy, wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 24 godziny i obejmujący:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego. Wymagane jest przedstawienie dowodów na istnienie utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 30 dni. W rozumieniu niniejszych OWU udarem nie są:
 - a) przejściowe ataki niedokrwienne mózgu,
 - b) objawy mózgowie spowodowane migreną,
 - c) zaburzenia ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
 - d) uszkodzenia mózgu w wyniku urazu (krwotok pourazowy) lub niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania oddechu lub krążenia),
 - e) udary mózgu rozpoznane jako przebyte w przeszłości np. na podstawie tomografii komputerowej,
 - f) skutki choroby kesonowej,
- 54) **Uprawniony** – osoba imiennie upoważniona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia. W przypadku nie wyznaczenia osoby Uprawnionej, w razie śmierci Ubezpieczonego, za osobę Uprawnioną uważa się członków rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inne osoby fizyczne – spadkobiercy ustawowi,
- 55) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, powodujące upośledzenie czynności organizmu,
- 56) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są zaburzenia psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionej języka;
- 57) **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa, włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia;

- 58) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się dopiero po upływie 6 miesięcy od daty jego wystąpienia. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez lekarza okulistę i lekarza zaufania. Definicja utraty wzroku nie obejmuje utraty zdolności widzenia, która może zostać skorygowana w trakcie postępowania medycznego np. zabiegu operacyjnego;
- 59) **współmałżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zgonu pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 60) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie polegająca na:
 - uprawianiu dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach sportowych, obozach kondycyjnych i szkoleniowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych, za wyjątkiem uprawiania sportu przez dzieci i młodzież do lat 18 zrzeszonych w ramach szkolnych klubów sportowych,
 - uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
- 61) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739 z dn. 28.12.2004r. z późn. zm.),
- 62) **zakażenie wirusem HIV** – zakażenie w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywanym zawodem, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek udowodnienia, że do zdarzenia doszło w okresie ubezpieczenia spoczywa na Ubezpieczonym;
- 63) **zawał serca** – pełnościenna martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego niedokrwienia tego obszaru, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem łącznie wymienionych poniżej objawów:
 - typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - pojawienie się nowych, nie występujących dotychczas, charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego zmian w zapisie EKG,
 - zwiększenie aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.
 W rozumieniu niniejszych OWU zawałem nie są:
 - zawały rozpoznane jako niepełnościenne (podsierdziowe, non Q),
 - zawały rozpoznane jako przebyte w przeszłości np. na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych metod diagnostycznych,
- 64) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie losowe objęte ochroną ubezpieczeniową, które stanowi podstawę do wystąpienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z roszczeniem o wypłatę świadczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na uszkodzeniu ciała, powodująca uszczerbek na zdrowiu lub śmierć Ubezpieczonego oraz zdarzenia ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA, określone we właściwych Klauzulach Umownych niniejszych OWU.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się podczas trwania umowy ubezpieczenia, a także w zależności od wybranego rodzaju ubezpieczenia, choroby, których pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania umowy ubezpieczenia i które zostały zdiagnozowane w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
- Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie:

- 1) ubezpieczenia indywidualnego - obejmującego wariant PODSTAWOWY i/lub wariant ROZSZERZONY zgodnie z ust. 4 i 5, a w przypadku osób powyżej 65 roku życia obejmującego wyłącznie wariant SENIOR zgodnie z ust. 7 pkt. 1),
- 2) ubezpieczenia rodzinnego – w której jeden ze współmałżonków/ partnerów objęty jest ubezpieczeniem w wariancie PODSTAWOWYM i/lub ROZSZERZONYM zgodnie z ust. 4 i 5, a drugi współmałżonek/ partner oraz dzieci Ubezpieczonego objęci są ubezpieczeniem wyłącznie w wariancie OGRANICZONYM zgodnie z ust. 6, a w przypadku osób powyżej 65 roku życia ma zastosowanie wyłącznie wariant SENIOR zgodnie z ust. 7 pkt. 2).
3. Zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariancie:
 - 1) PODSTAWOWYM,
 - 2) ROZSZERZONYM,
 - 3) OGRANICZONYM,
 - 4) SENIOR.
4. WARIANT PODSTAWOWY obejmuje następujące rodzaje ubezpieczeń określone w poszczególnych Klauzulach Umownych:
 - 1) Klauzula Umowna 01 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
 - 2) Klauzula Umowna 02 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
 - 3) Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń stanowiąca załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
5. WARIANT ROZSZERZONY obejmuje rodzaje ubezpieczeń określone w wariancie PODSTAWOWYM oraz za opłatą dodatkowej składki, dowolnie wybrane Klauzule Umowne:
 - 1) Klauzula Umowna 04 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 4 do niniejszych OWU,
 - 2) Klauzula Umowna 05 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu stanowiąca załącznik nr 5 do niniejszych OWU,
 - 4) Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 6 do niniejszych OWU,
 - 5) Klauzula Umowna 07 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka/partnera Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 7 do niniejszych OWU,
 - 6) Klauzula Umowna 08 – ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy stanowiąca załącznik nr 8 do niniejszych OWU,
 - 7) Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszych OWU,
 - 8) Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań stanowiąca załącznik nr 10 do niniejszych OWU,
 - 9) Klauzula Umowna 11 – ubezpieczenie operacji stanowiąca załącznik nr 11 do niniejszych OWU,
 - 10) Klauzula Umowna 12 – ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży stanowiąca załącznik nr 12 do niniejszych OWU,
 - 11) Klauzula Umowna 13 – ubezpieczenie medyczne stanowiąca załącznik nr 13 do niniejszych OWU,
 - 12) Klauzula Umowna 14 – ubezpieczenie assistance medycznego stanowiąca załącznik nr 14 do niniejszych OWU.
6. WARIANT OGRANICZONY obejmuje następujące dowolnie wybrane rodzaje ubezpieczeń określone w Klauzulach Umownych:
 - 1) Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń stanowiąca załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
 - 2) Klauzula Umowna 08 – ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy stanowiąca załącznik nr 8 do niniejszych OWU,
 - 3) Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszych OWU,
 - 4) Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań stanowiąca załącznik nr 10 do niniejszych OWU,
 - 5) Klauzula Umowna 11 – ubezpieczenie operacji stanowiąca załącznik nr 11 do niniejszych OWU,
 - 6) Klauzula Umowna 12 – ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży stanowiąca załącznik nr 12 do niniejszych OWU,

- 7) Klauzula Umowna 13 – ubezpieczenie medyczne stanowiąca załącznik nr 13 do niniejszych OWU,
 - 8) Klauzula Umowna 14 – ubezpieczenie assistance medycznego stanowiąca załącznik nr 14 do niniejszych OWU.
7. WARIANT SENIOR obejmuje wyłącznie następujące rodzaje ubezpieczeń określone w poszczególnych Klauzulach Umownych:
- 1) w przypadku ubezpieczenia indywidualnego:
 - a) Klauzula Umowna 01 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
 - b) Klauzula Umowna 02 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
 - c) Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń stanowiąca załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
 - d) Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 6 do niniejszych OWU,
 - e) Klauzula Umowna 07 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 7 do niniejszych OWU, z zastrzeżeniem §5 ust. 6 niniejszych OWU,
 - f) Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień §5 ust. 3 niniejszych OWU,
 - g) Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań stanowiąca załącznik nr 10 do niniejszych OWU z zastrzeżeniem postanowień §5 ust. 4 niniejszych OWU,
 - 2) w przypadku ubezpieczenia rodzinnego – w której jeden ze współmałżonków/ partnerów objęty jest ubezpieczeniem w ramach ubezpieczeń określonych w pkt. 1), a drugi współmałżonek/ partner objęty jest ubezpieczeniem wyłącznie w następującym zakresie:
 - a) Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń stanowiąca załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
 - b) Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 6 do niniejszych OWU,
 - c) Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień §5 ust. 3 niniejszych OWU,
 - d) Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań stanowiąca załącznik nr 10 do niniejszych OWU z zastrzeżeniem postanowień §5 ust. 4 niniejszych OWU.
8. Za opłatą dodatkowej składki zakres następujących Klauzul Umownych:
- 1) Klauzula Umowna 01 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszych OWU,
 - 2) Klauzula Umowna 02 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 2 do niniejszych OWU,
 - 3) Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń stanowiąca załącznik nr 3 do niniejszych OWU,
 - 4) Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 6 do niniejszych OWU,
 - 5) Klauzula Umowna 07 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego stanowiąca załącznik nr 7 do niniejszych OWU,
 - 6) Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu stanowiąca załącznik nr 9 do niniejszych OWU, może zostać rozszerzony o zawał serca i udar mózgu, za wyjątkiem osób które przekroczyły 60 rok życia.
9. W przypadku ubezpieczenia członków rodziny wyłącznie jedna z osób: jeden ze współmałżonków/ partnerów objęty jest ubezpieczeniem w wariancie PODSTAWOWYM i/lub ROZSZERZONYM, pozostali członkowie rodziny mogą zawrzeć umowę wyłącznie w wariancie OGRANICZONYM.
10. W przypadku ubezpieczenia członków rodziny wyklucza się możliwość zawarcia więcej niż jednej umowy ubezpieczenia indywidualnego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - 3) działaniem energii jądrowej, wszelkimi odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
 - 4) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru,
 - 5) strajków, lokautów, niepokojów społecznych,
 - 6) uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
 - 7) wszelkimi chorobami, których pierwsze objawy wystąpiły przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia i/lub które zostały zdiagnozowane lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed datą wejścia w życie umowy ubezpieczenia,
 - 8) przeszczepem narządów, jeśli Ubezpieczony był dawcą narządów lub organów do przeszczepu,
 - 9) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do prowadzenia danego pojazdu,
 - 10) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza,
 - 11) chorobą zawodową,
 - 12) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 13) wszelkimi chorobami umysłowymi i zaburzeniami psychicznymi,
 - 14) zawału serca lub udaru mózgu, za wyjątkiem postanowień §4 ust. 8 oraz wyłącznie w przypadku, gdy Ubezpieczony nie przekroczył 60 rok życia,
 - 15) wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 16) uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 17) korektą ostrości wzroku Ubezpieczonego,
 - 18) sterylizacją, podwiązaniem i przecięciem jajowodów oraz antykoncepcją operacyjną,
 - 19) chirurgią szczękową, chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną,
 - 20) operacji wtórnej,
 - 21) żylakami,
 - 22) ciążą, poronieniem samoistnym i sztucznym oraz leczeniem bezpłodności,
 - 23) porodem, za wyjątkiem postanowień Klauzuli Umownej 09,
 - 24) wykonywaniem rutynowych badań, nie wynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz nie zaleconych przez lekarza,
 - 25) zmianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 26) leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - 27) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS, za wyjątkiem sytuacji, w których zakażenie wirusem HIV nastąpiło w okolicznościach opisanych w §2 pkt. 62),
 - 28) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 29) powstałe w związku z podróżowaniem Ubezpieczonego w charakterze pasażera statkiem powietrznym nie należącym do żadnego towarzystwa lotniczego, nie zarejestrowanym i nie dopuszczonym do odpłatnego przewozu pasażerów na regularnych liniach lotniczych, zgodnie z opublikowanym rozkładem lotów,
 - 30) operacjami, w przypadku Ubezpieczonego, który ukończył 65 rok życia.
2. UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada dodatkowo za zdarzenia objęte wyłączeniami określonymi w poszczególnych Klauzulach Umownych: 09, 12, 13.
3. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia pobytu szpitalu – Klauzula Umowna 09 w stosunku do osoby Ubezpieczonej, która ukończyła 65 rok życia obejmuje wyłącznie pobyt w szpitalu będący następstwem nieszczęśliwego wypadku wyłącznie w ramach wariantu II, o którym mowa w §3 ust. 1 pkt. 2) Klauzuli Umownej 09.
4. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania – Klauzula Umowna 10 w stosunku do osoby Ubezpieczonej, która ukończyła 55 rok życia obejmuje wyłącznie następujące rodzaje poważnego zachorowania:
 - 1) niewydolność nerek,

- 2) paraliż,
 - 3) transplantacja głównych organów,
 - 4) utrata mowy,
 - 5) utrata słuchu,
 - 6) utrata wzroku.
5. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia operacji – Klauzula Umowna 11 w stosunku do osoby Ubezpieczonej, która ukończyła 55 rok życia obejmuje wyłącznie operacje będące następstwem nieszczęśliwego wypadku wymienione w TABELI nr 1, o której mowa w §3 ust. 2 Klauzuli Umownej 11 stanowiącej załącznik nr 11 do niniejszych OWU.
 6. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka/partnera Ubezpieczonego – Klauzula Umowna 07, w przypadku osoby Ubezpieczonej, która ukończyła 65 rok życia obejmuje wyłącznie zgon współmałżonka Ubezpieczonego.
 7. Ubezpieczenie assistance, o którym mowa w §4 ust. 5 pkt. 12) i ust. 6 pkt. 8) nie obejmuje:
 - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) świadczeń udzielonych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
 - 4) kosztów transportu leków nie przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.
 8. CIGNA STU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których mowa w §7 ust. 1 pkt. 11), a które nie zostały podane do jej wiadomości w kwestionariuszu medycznym.
 9. W przypadku gdy Ubezpieczony przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, był ubezpieczony w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Ubezpieczycielem w takim zakresie, w jakim zostanie ubezpieczony w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z UBEZPIECZYCIELEM w tych rodzajach ubezpieczeń, które znajdowały się w zakresie ubezpieczenia u dotychczasowego Ubezpieczyciela, karencje zostają zachowane w odniesieniu do różnicy pomiędzy wnioskowanymi wysokościami sum ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, a wysokościami sum ubezpieczenia u dotychczasowego Ubezpieczyciela. W pozostałych rodzajach ubezpieczeń zostaje zachowana karencja zgodnie z niniejszymi OWU. UBEZPIECZYCIEL nie stosuje karencji, pod warunkiem udokumentowania faktu objęcia ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Ubezpieczycielem poprzez dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia: kopii umowy ubezpieczenia lub deklaracji zgody, w której został określony zakres ubezpieczenia i wysokość sum ubezpieczenia, dowodu opłaty składki za okres 3 miesięcy poprzedzających przystąpienie do umowy ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU.
 10. Karencji nie stosuje się w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniem §7 ust. 5.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego określonej osobno dla każdej Klauzuli Umownej 01 - 14, o których mowa w §4 niniejszych OWU.
2. Górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 100 % sumy ubezpieczenia, określana osobno dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, za wyjątkiem Klauzuli Umownej 06, dla której inaczej określono górną granicę odpowiedzialności.
3. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności, określanej osobno dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, suma ubezpieczenia może zostać uzupełniona do pierwotnej wysokości lub podwyższona w okresie ubezpieczenia. Uzupełniona lub podwyższona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA od dnia następnego po potwierdzeniu tego faktu przez UBEZPIECZYCIELA i opłaceniu dodatkowej składki przez Ubezpieczającego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§7

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - imię i nazwisko oraz adres Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest na cudzy rachunek,
 - imię, nazwisko, adres współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w wariantcie rodzinnym,
 - imię, nazwisko, adres dziecka Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w wariantcie rodzinnym,
 - przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - wariant ochrony ubezpieczeniowej,
 - sumę ubezpieczenia,
 - okres ubezpieczenia,
 - rodzaj wykonywanej pracy zawodowej,
 - rodzaj uprawianej dyscypliny sportowej.
 - informację na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego – kwestionariusz medyczny,
 - informację na temat szkodowości (ilość, wysokość wypłaconych świadczeń),
 - propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
- UBEZPIECZYCIEL może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
- Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie UBEZPIECZYCIELA odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od UBEZPIECZYCIELA w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
- Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
- Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
- UBEZPIECZYCIEL potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§8

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia rodzinnego w rozumieniu §2 pkt. 50) i 51).
- Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
- Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia rodzinnego jest dołączenie do wniosku kwestionariusza medycznego dotyczącego stanu zdrowia każdej z osób Ubezpieczonych.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§9

- W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
- Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustaje:
 - z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego lub UBEZPIECZYCIELA od umowy ubezpieczenia,
 - z dniem upływu okresu wypowiedzenia lub z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym przez jedną ze stron,
 - z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni w wezwaniu skierowanym przez UBEZPIECZYCIELA do Ubezpieczającego oraz braku zapłaty składki w tym terminie,

- 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności w Klauzuli Umownej 06,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 7) wobec Ubezpieczonego z końcem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia rodzinnego.
4. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli UBEZPIECZYCIEL ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, UBEZPIECZYCIEL może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §9 ust. 3 pkt. 4) OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§11

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - 1) przedmiotu ubezpieczenia,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) formy ubezpieczenia,
 - 4) okresu ubezpieczenia,
 - 5) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 6) rodzaju wykonywanej pracy zawodowej,
 - 7) rodzaju uprawianej dyscypliny sportowej,
 - 8) wieku Ubezpieczonego,
 - 9) informacji o szkodowości.
3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną we wniosku ubezpieczeniowym, sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Klauzuli Umownej stawkę określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu. Postanowienie to nie dotyczy Klauzuli Umownej 12, 13 i 14, w której obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez UBEZPIECZYCIELA.

7. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki i /lub zwwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki składki.
9. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - 2) objęcia ochroną ubezpieczeniową zawału serca i udaru mózgu,
 - 3) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których UBEZPIECZYCIEL wypłaci świadczenia.
10. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) jednorazowej płatności składki,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
12. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
13. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
14. Z chwilą podjęcia przez UBEZPIECZYCIELA decyzji o wypłacie świadczenia, w przypadku umów ubezpieczeń indywidualnych, za wyjątkiem umów ubezpieczeń indywidualnych zawieranych na cudzy rachunek, pozostałe do zapłaty raty składki stają się wymagalne.
15. W przypadku, gdy składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień opłacenia składki lub raty składki uważa się datę wpływu środków pieniężnych na właściwy rachunek UBEZPIECZYCIELA.
16. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, UBEZPIECZYCIELOWI należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
17. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§12

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - 1) udzielenia UBEZPIECZYCIELOWI, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone w formularzu wniosku lub skierowane do niego w formie pisemnej,
 - 2) pisemnego zgłaszania UBEZPIECZYCIELOWI zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował UBEZPIECZYCIELA przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - 3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie,
 - 4) umożliwienia UBEZPIECZYCIELOWI zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku,
 - 5) przekazywania w uzgodnionych terminach do UBEZPIECZYCIELA wszystkich danych, wskazanych przez UBEZPIECZYCIELA, niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia,
 - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU oraz w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie),
 - 7) przestrzegania odpowiednio do zakresu i przedmiotu ubezpieczenia określonego w umowie ubezpieczenia wszelkich, powszechnie obowiązujących przepisów prawa mających na celu zapobieganie powstaniu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości UBEZPIECZYCIELA okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2), UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczonego, w formie pisemnej, o zakresie i sposobie wykonania obowiązków wynikających dla Ubezpieczonego z niniejszych OWU.
4. UBEZPIECZYCIEL obowiązany jest do:
 - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,

- 2) przekazywania Ubezpieczającemu wszelkich informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - 5) udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez UBEZPIECZYCIELA.
 - 6) udostępniania Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu CIGNA STU SA we wszystkich jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego tekst Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu CIGNA STU SA dostarczany jest Ubezpieczającemu,
 - 7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za których została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. z późn. zm.,
 - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §14 ust. 11,
 - 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §14 ust. 11.
5. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń do Zarządu UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA, w której zawarto umowę ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w terminie 30 dni od dnia ich wpłynięcia do UBEZPIECZYCIELA.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§13

W razie powstania zdarzenia, mogącego powodować odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego (w ciągu 24 godzin) zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
- 2) niezwłocznego zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 7 dni roboczych od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji,
- 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa UBEZPIECZYCIEL.

§14

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
 - 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) numer polisy,
 - 3) dane Ubezpieczonego,
 - 4) dane Uprawnionego,
 - 5) datę zdiagnozowania choroby,
 - 6) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku,
 - 7) dane świadków zdarzenia, o ile są w jego posiadaniu.
2. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA w ramach świadczeń assistance, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:

- 1) dane Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres odpowiedzialności,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
3. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także oryginały rachunków lub faktur i dowody ich zapłaty.
4. Do zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową należy dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
- 1) z postępowania organów dochodzeniowych, o ile były prowadzone,
 - 2) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku sporządzony przez inspektora BHP w przypadku wypadku w pracy,
 - 3) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 4) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 5) posiadane zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, chorobą, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 6) w przypadku zgonu Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,
 - b) akt zgonu lub orzeczenie sądu uznające za osobę zmarłą,
 - 7) w przypadku wypadku komunikacyjnego:
 - a) kopię prawa jazdy i odpowiednich uprawnień,
 - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu,
 - 8) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – oryginały rachunków lub faktur,
 - 9) celem refundacji poniesionych kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów:
 - a) decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego,
 - b) oryginały rachunków lub faktur,
 - 10) w przypadku zgonu współmałżonka – aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
 - 11) w przypadku zgonu rodziców współmałżonka – kopię dowodu tożsamości współmałżonka Ubezpieczonego, aktualny odpis aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
 - 12) w przypadku urodzenia żywego dziecka – akt urodzenia się dziecka,
 - 13) w przypadku urodzenia martwego dziecka – zgłoszenie urodzenia noworodka,
 - 14) w przypadku krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy:
 - a) kserokopię zwolnienia lekarskiego L4, potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła zwolnienie,
 - b) zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie lub prowadzenie działalności gospodarczej,
 - c) w przypadku działalności gospodarczej kserokopię dokumentu potwierdzającego otrzymanie zasiłku chorobowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - 15) wszelkie rachunki, skierowania, recepty,
 - 16) dokumenty określające wszystkich wyznaczonych Uprawnionych,
 - 17) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie o którym mowa w ust. 11.
5. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 11.
6. UBEZPIECZYCIEL może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
7. Wszelkie wymagane dokumenty oraz informacje powinny być sporządzane w formie wskazanej przez UBEZPIECZYCIELA.
8. UBEZPIECZYCIEL może wystąpić do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez UBEZPIECZYCIELA, z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.

9. Wystąpienie UBEZPIECZYCIELA o informację, o której mowa w ust. 8, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
10. W przypadku stwierdzenia, że zgłoszone roszczenie powstało lub jego rozmiar uległ zwiększeniu wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osobę, z którą Ubezpieczający, pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, któregokolwiek z obowiązków wymienionych w §13 albo gdy niewykonanie lub nienależyte wykonanie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny, okoliczności lub rozmiaru zgłaszanego roszczenia, UBEZPIECZYCIEL może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w odpowiedniej części.
11. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
12. W przypadku powzięcia przez UBEZPIECZYCIELA nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, UBEZPIECZYCIEL w terminie siedmiu dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§15

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże UBEZPIECZYCIEL ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów .
2. UBEZPIECZYCIEL wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenie może być wypłacone: przelewem, czekiem, gotówką z kasy lub przekazem pocztowym.
4. Świadczenia wypłacane są w PLN na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem postanowień §4 Klauzuli Umownej 12 stanowiącej załącznik nr 12 do niniejszych OWU.
5. UBEZPIECZYCIEL wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia, pod warunkiem złożenia wszystkich niezbędnych dokumentów, o które UBEZPIECZYCIEL występował w piśmie, o którym mowa w §14 ust. 11.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia UBEZPIECZYCIEL wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 lub 6 UBEZPIECZYCIEL nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym w ust. 5 lub 6, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji zgłosić na piśmie, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA.
10. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 8 i 9 Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
11. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia może dochodzić roszczeń na drodze sądowej bez zachowania trybu określonego w ust. 9 i 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§16

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron, w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym, bądź jeżeli zostało to wcześniej uzgodnione z UBEZPIECZYCIEM, drogą elektroniczną.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany zawiadamiać UBEZPIECZYCIELA o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu. Jeżeli Ubezpieczający/ Ubezpieczony zmienił siedzibę lub adres i nie zawiadomił o tym UBEZPIECZYCIELA, pismo UBEZPIECZYCIELA skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, uważa się za doręczone i wywołujące skutki prawne od chwili, w której zostałyby doręczone, gdyby Ubezpieczający/ Ubezpieczony nie zmienił siedziby lub adresu.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia MOJA RODZINA zostały zatwierdzone uchwałą nr 52/2007 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007 roku oraz wprowadzone Zarządzeniem nr 4/2007 Prezesa Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007 roku.
5. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 - Klauzula Umowna 01 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon Ubezpieczonego,
 - 2) Załącznik nr 2 - Klauzula Umowna 02 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego,
 - 3) Załącznik nr 3 - Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń,
 - 4) Załącznik nr 4 - Klauzula Umowna 04 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - 5) Załącznik nr 5 - Klauzula Umowna 05 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu,
 - 6) Załącznik nr 6 - Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego,
 - 7) Załącznik nr 7 - Klauzula Umowna 07 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego,
 - 8) Załącznik nr 8 - Klauzula Umowna 08 – ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
 - 9) Załącznik nr 9 - Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu,
 - 10) Załącznik nr 10 - Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań,
 - 11) Załącznik nr 11 - Klauzula Umowna 11 – ubezpieczenie operacji,
 - 12) Załącznik nr 12 - Klauzula Umowna 12 – ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży,
 - 13) Załącznik nr 13 - Klauzula Umowna 13 – ubezpieczenie medyczne,
 - 14) Załącznik nr 14 - Klauzula Umowna 14 – ubezpieczenie assistance medycznego.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia MOJA RODZINA wchodzi w życie z dniem 10.08.2007r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczeń zawieranych od dnia 10.08.2007r.
7. Z dniem wejścia w życie niniejszych OWU tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia Moja Rodzina zatwierdzone uchwałą nr 3/2004 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 27.01.2004 roku.

CIGNA STU SA

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji
z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
tel. (0-22) 537-68-00, tel. fax (0-22) 53 76 804, www.cignastu.com.pl

KRS 0000054136 Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526-00-38-806
Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 78.440.000 PLN

Klauzula Umowna 01 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon Ubezpieczonego

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest zgon Ubezpieczonego będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia osobie Uprawnionej wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 01.
2. Jeżeli zgon Ubezpieczonego był następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu mechanicznego, osobie Uprawnionej przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 01.
3. Umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia określonego w ust. 1, pod warunkiem, że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 1 roku od daty nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku wypłaty świadczenia określonego w ust. 1 nie przysługuje świadczenie z tytułu ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego, o którym mowa w Klauzuli Umownej 02 stanowiącej załącznik nr 2 do niniejszych OWU.

Klauzula Umowna 02 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego

Przedmiot ubezpieczenia

§1

Przedmiotem ubezpieczenia są zryczałtowane koszty pogrzebu Ubezpieczonego, pod warunkiem, że zgon Ubezpieczonego nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§2

1. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 6 miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki.
2. W ubezpieczeniu zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego stosuje się jedynie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej, o których mowa w §5 ust. 1 pkt. 1), 2), 9), 14) i 28) niniejszych OWU.

Wysokość i wypłata świadczenia

§3

Umowa ubezpieczenia zapewnia osobie Uprawnionej wypłatę zryczałtowanych kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 02.

Klauzula Umowna 03 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na uszkodzeniu ciała powodujące uszczerbek na zdrowiu oraz dodatkowe koszty objęte odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA, określone w §2 pkt. 3) i 4) niniejszej Klauzuli Umownej.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się podczas trwania umowy ubezpieczenia.

Wysokość i wypłata świadczenia

§2

Umowa ubezpieczenia zapewnia osobie Ubezpieczonej lub Uprawnionej następujące świadczenia:

- 1) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 03,
- 2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – system wypłaty świadczeń proporcjonalnych tj. wypłata takiego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 03, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,
- 3) zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 03, pod warunkiem iż:
 - a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - b) nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego ubezpieczenia,
 - c) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 4) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 03, pod warunkiem iż:
 - a) nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego ubezpieczenia,
 - b) Ubezpieczony przedłożył decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego,
 - c) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

§3

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
2. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
3. Właściwe orzeczenie wydaje lekarz zaufania na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu CIGNA STU SA udośćnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie z tytułu jego śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia już wypłaconego, przy czym potrąca się uprzednio wypłaconą kwotę.

6. Jeżeli osoba, która uległa wypadkowi była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia, świadczenie przysługuje z każdej umowy, jednak świadczenia z tytułu: kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów nie mogą przekroczyć rzeczywistych, udokumentowanych kosztów.
7. Koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są osobie, która je poniosła.

Załącznik nr 4
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2007 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 04 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu osierocenia dziecka Ubezpieczonego

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest zryczałtowane świadczenie z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego, który poniósł śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia osobie Uprawnionej wypłatę zryczałtowanego świadczenia z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego, dla każdego dziecka Ubezpieczonego w wysokości 40% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 04.
2. Umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia określonego w ust. 1, pod warunkiem, że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 1 roku od daty nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania choroby.
3. Przy wypłacie świadczenia określonego w ust. 1 stosuje się jedynie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej, o których mowa w §5 ust. 1 pkt. 1), 2), 9), 14) i 28) niniejszych OWU.

Załącznik nr 5
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2007 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 05 – ubezpieczenie zryczałtowanego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest zryczałtowane świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§ 2

Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia zryczałtowanego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu rozpoczyna się po upływie karencji, która wynosi dziesięć miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 3

- Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu wypłatę zryczałtowanego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu w wysokości:
 - 10 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 05 – w przypadku urodzenia się każdego dziecka żywego,
 - 20 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 05 – w przypadku urodzenia się każdego dziecka martwego.
- Wypłata zryczałtowanego świadczenia określonego w ust. 1, przysługuje za każde urodzenie się dziecka, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Załącznik nr 6

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2007 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 06 – ubezpieczenie zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego

Przedmiot ubezpieczenia

§1

Przedmiotem ubezpieczenia są zryczałtowane koszty pogrzebu:

- współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego,
- dziecka Ubezpieczonego,
- rodzica Ubezpieczonego,
- rodzica współmałżonka Ubezpieczonego,

pod warunkiem, że zgon wyżej wymienionych osób nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§2

- Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu członków rodziny Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie karencji, która wynosi sześć miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki.
- Przy wypłacie kosztów określonych w ust. 1 stosuje się jedynie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej, o których mowa w §5 ust. 1 pkt. 1), 2), 9), 14) i 28) niniejszych OWU.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 3

- Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu wypłatę zryczałtowanych kosztów pogrzebu w wysokości:
 - 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 06 – w przypadku pogrzebu współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego,
 - 30 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 06 – w przypadku pogrzebu dziecka Ubezpieczonego,
 - 20 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 06 – w przypadku pogrzebu rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego.
- Wypłata kosztów określonych w ust. 1 pkt. 2) i 3) przysługuje za każde dziecko oraz za rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka Ubezpieczonego.

Klauzula Umowna 07 – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwego wypadku powodującego zgon współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest zgon współmałżonka/partnera Ubezpieczonego będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania umowy ubezpieczenia.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§ 2

Przy wypłacie świadczenia określonego w ust. 1 stosuje się jedynie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej, o których mowa w §5 ust. 1 pkt. 1), 2), 9), 14) i 28) niniejszych OWU.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu wypłatę świadczenia z tytułu zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 07.
2. Jeżeli zgon współmałżonka/ partnera Ubezpieczonego był następstwem wypadku komunikacyjnego związanego z ruchem pojazdu osobie Ubezpieczonej przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 07.
3. Umowa ubezpieczenia zapewnia wypłatę świadczenia określonego w ust. 1, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek i zgon nastąpiły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia określonego w ust. 1 nie przysługuje świadczenie z tytułu ubezpieczenia zryczałtowanych kosztów pogrzebu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 pkt. 1) Klauzuli Umownej 06 stanowiącej załącznik nr 6 do niniejszych OWU.

Klauzula Umowna 08 – ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest krótkotrwała, trwająca minimum 14 dni w sposób ciągły, niezdolność do pracy Ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania umowy ubezpieczenia.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu wypłatę świadczenia w wysokości 0,20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 08 za każdy dzień niezdolności do pracy, począwszy od 14 dnia po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku. W przypadku absencji dłuższej niż 30 dni świadczenie płatne jest od następnego dnia po zaistnieniu nieszczęśliwego wypadku, nie dłużej jednak niż przez okres 90 dni.

2. Świadczenie z tytułu krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy przysługuje pod warunkiem, że krótkotrwała niezdolność do wykonywania pracy:
 - 1) powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) odpowiada definicji określonej w §2 pkt. 15),
 - 3) została udokumentowana zgodnie z postanowieniami §14 ust. 4 pkt. 14).
3. UBEZPIECZYCIELOWI przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy, w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do pracy Ubezpieczony wykonywał pracę zawodową.
4. Świadczenie z tytułu krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy nie przysługuje w przypadku stwierdzenia, iż Ubezpieczony nie był pracownikiem w rozumieniu definicji zawartej w §2 pkt. 38) lub nie prowadził działalności gospodarczej w rozumieniu definicji zawartej w §2 pkt. 9) oraz w sytuacji, gdy krótkotrwała niezdolność do wykonywania pracy nie została udokumentowana zgodnie z postanowieniami §14 ust. 4 pkt. 14).

Załącznik nr 9
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2997 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 09 – ubezpieczenie pobytu w szpitalu

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie trwania umowy ubezpieczenia, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub porodem, które wydarzyły się w okresie trwania umowy ubezpieczenia, a także pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą, której pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania umowy ubezpieczenia i która została zdiagnozowana w okresie trwania umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§ 2

1. Z uwzględnieniem wyłączeń określonych w §5 niniejszych OWU, dodatkowo UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) epilepsji, łuszczycy, gruźlicy, dializ,
 - 2) leczenia otyłości, ubytków wagi, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
 - 3) leczenia wad wzroku, zabiegów plastycznych – kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń będących następstwem wypadku,
 - 4) leczenia i zabiegów dentystrycznych, chyba że wynikają one z obrażeń odniesionych w wypadku,
 - 5) rehabilitacji zaleconej w związku z wypadkiem lub chorobą,
 - 6) leczenia odwykowego oraz pobytu w zakładach opiekuńczo – leczniczych.
2. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę leczenia szpitalnego nie może być krewnym lub powinowatym Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi:
 - 1) 60 dni od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki - w odniesieniu do choroby,
 - 2) 10 miesięcy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki – w odniesieniu do porodu.
4. Karencji nie stosuje się w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się po zawarciu umowy ubezpieczenia i opłaceniu składki.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu wypłatę świadczenia w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 09 za każdy dzień pobytu w szpitalu i w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu, świadczenie przysługuje:

- 1) w wariancie I – za każdy dzień pobytu w szpitalu począwszy od drugiego dnia pobytu w szpitalu,
- 2) w wariancie II – za każdy dzień pobytu w szpitalu począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu.
2. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobyków w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, świadczenie wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.
3. Łączne świadczenia z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu wypłacone w trakcie okresu ubezpieczenia nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.
4. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 1. Podwyższone świadczenie wypłacane jest przez okres nie dłużej niż 14 dni.
5. Świadczenie wypłacane jest maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia.

Załącznik nr 10
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2997 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 10 – ubezpieczenie poważnych zachorowań

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest następujący rodzaj poważnego zachorowania:

- 1) w wariancie I:
 - a) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
 - b) niewydolność nerek,
 - c) paraliż,
 - d) śpiączka,
 - e) transplantacja głównych organów,
 - f) udar mózgu,
 - g) zawał serca,
 - h) zakażenie wirusem HIV;
- a w przypadku ubezpieczenia dziecka dodatkowo:
 - a) anemia aplastyczna,
 - b) dystrofia mięśniowa,
 - c) poliomyelitis,
 - d) stwardnienie rozsiane,
- 2) w wariancie II - dodatkowo następujące poważne zachorowania:
 - a) nowotwór złośliwy,
 - b) oparzenie,
 - c) pomostowanie naczyń wieńcowych,
 - d) utrata mowy,
 - e) utrata słuchu,
 - f) utrata wzroku,

którego pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania umowy ubezpieczenia i które zostało zdiagnozowane w okresie trwania umowy ubezpieczenia.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§ 2

Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie karencji, która wynosi 60 dni od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki.

Wysokość i wypłata świadczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu wypłatę świadczenia w wysokości:

- 1) 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 10, jeżeli wypłata świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania dokonywana jest po raz pierwszy,
- 2) 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 10 w przypadku wystąpienia każdego kolejnego poważnego zachorowania.
2. Łączne świadczenia z tytułu ubezpieczenia poważnych zachorowań, objętych odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA w ramach niniejszej Klauzuli Umownej, wypłacone w trakcie okresu ubezpieczenia, nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.
3. UBEZPIECZYCIEL wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez okres co najmniej jednego miesiąca od dnia zdiagnozowania poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA.

Załącznik nr 11

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2997 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 11 – ubezpieczenie operacji

Przedmiot ubezpieczenia

§ 1

Przedmiotem ubezpieczenia jest świadczenie z tytułu operacji, którą przeszedł Ubezpieczony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI nr 1, o której mowa w §3 niniejszej Klauzuli Umownej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie trwania umowy ubezpieczenia lub choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania umowy ubezpieczenia i która została zdiagnozowana w okresie trwania umowy ubezpieczenia.

Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§ 2

1. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu poddania się Ubezpieczonego operacji podczas pobytu w szpitalu, będącej następstwem choroby, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 90 dni od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki.
2. Karencji nie stosuje się w przypadku operacji będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się po zawarciu ubezpieczenia i opłaceniu składki.

Wysokość i wypłata świadczeń

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zapewnia Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu wypłatę świadczenia za operację, którą przeszedł Ubezpieczony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI nr 1, będąca następstwem:
 - 1) w wariancie I - nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) w wariancie II - nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
2. Wysokość świadczenia stanowi procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Klauzuli Umownej 11, uzależniony od poziomu trudności wykonania operacji, określanej w skali od I do V, wynoszący odpowiednio:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do I poziomu operacji wymienionych w TABELI nr 1,
 - 2) 70% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do II poziomu operacji wymienionych w TABELI nr 1,
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do III poziomu operacji wymienionych w TABELI nr 1,
 - 4) 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do IV poziomu operacji wymienionych w TABELI nr 1,
 - 5) 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do V poziomu operacji wymienionych w TABELI nr 1.

TABELA nr 1

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Poziom trudności wykonania operacji
1.	UKŁAD NERWOWY	
	Centralny układ nerwowy	
1.1	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	I
1.2	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	I
1.3	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	II
1.4	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	III
1.5	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	I
	Rdzeń kręgowy	
1.6	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	I
1.7	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	I
	Nerwy obwodowe	
1.8	Wycięcie nerwu obwodowego	IV
1.9	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	IV
2.	UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO SUTEK	
	Przysadka i szyszynka	
2.1	Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	I
2.2	Operacje szyszynki	I
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	
2.3	Wycięcie tarczycy	III
2.4	Wycięcie grasicy	III
2.5	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	III
	Sutek	
2.6	Całkowita amputacja sutka	II
2.7	Kwadrantektomia	IV
3.	OKO	
	Oczodół	
3.1	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	III
3.2	Wszczepienie protezy oka	IV
	Siatkówka	
3.3	Odklejenie siatkówki - leczenie fotokoagulacją	II
3.4	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
	Mięśnie oka	
3.5	Połączone operacje mięśni oka	III
3.6	Wycięcie mięśnia oka	IV
3.7	Cofnięcie mięśnia oka	IV
	Rogówka	
3.8	Zeszycie rogówki oka	V
3.9	Usunięcie ciała obcego z rogówki	V
	Twardówka i tęczęwka	
3.10	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	IV
3.11	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	III
3.12	Wycięcie tęczęwki	IV
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	
3.13	Wycięcie ciała rzęskowego	IV
3.14	Zewnątrz - lub wewnątrztorbowe wycięcie soczewki	IV
4.	UCHO	
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	
4.1	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
4.2	Wyopatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowego	III
4.3	Operacje naprawcze błony bębenkowej	III

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Poziom trudności wykonania operacji
5.	UKŁAD ODDECHOWY	
	Nos	
5.1	Amputacja (resekcja) nosa	III
	Zatoki przynosowe	
5.2	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	IV
5.3	Operacje zatoki czołowej	IV
5.4	Operacje zatoki klinowej	IV
	Krtań	
5.5	Wycięcie krtani	II
5.6	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	III
	Tchawica i drzewo oskrzelowe	
5.7	Częściowe wycięcie tchawicy	I
5.8	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	IV
	Płuca	
5.9	Przeszczep płuca	I
5.10	Wycięcie płuca lub jego części	I
6.	JAMA USTNA	
6.1	Wycięcie języka	III
6.2	Wycięcie migdałków podniebiennych	V
6.3	Wycięcie ślinianki	IV
6.4	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	IV
6.5	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki	V
7.	GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
	Przełyk	
7.1	Otwarte operacje żyłaków przełyku	III
	Żołądek	
7.2	Całkowite wycięcie żołądka	II
7.3	Częściowe wycięcie żołądka	III
7.4	Operacje wrzodu żołądka	III
7.5	Zespoleń żołądkowo-jelitowe	III
	Dwunastnica	
7.6	Wycięcie dwunastnicy	III
7.7	Operacje wrzodu dwunastnicy	III
	Jelito czcze	
7.8	Wycięcie jelita czczego	III
7.9	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	III
7.10	Zespoleń omijające jelito czcze	III
	Jelito kręte	
7.11	Wycięcie jelita krętego	III
7.12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
7.13	Zespoleń omijające jelito kręte	III
8.	DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
	Wyrostek robaczkowy	
8.1	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	V
	Okreźnica	
8.2	Całkowite lub częściowe wycięcie okreźnicy	I
	Odbytnica	
8.3	Wycięcie odbytnicy	I
9.	INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ - GŁÓWNIIE UKŁADU POKARMOWEGO	
	Wątroba	
9.1	Przeszczep wątroby	I
9.2	Częściowe wycięcie wątroby	I

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Poziom trudności wykonania operacji
	Trzustka	
9.3	Przeszczep trzustki	I
9.4	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	III
	10. SERCE	
10.1	Operacje na otwartym sercu	I
10.2	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	I
10.3	Przezkórna angioplastyka wieńcowa	II
10.4	Wszczepienie stymulatora	II
10.5	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	III
10.6	Drenaż osierdzia	II
	Aorta	
10.7	Operacja tętniakowatego odcinka aorty ze wskazań nagłych	I
10.8	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	II
	Tętnice mózgowe	
10.9	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	I
	Odgałęzienia aorty brzusznej	
10.10	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	I
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	
10.11	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
10.12	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane ze światła tętnicy biodrowej	II
10.13	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
10.14	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane ze światła tętnicy udowej	III
	11. UKŁAD MOCZOWY	
	Nerki	
11.1	Przeszczep nerki	II
11.2	Całkowite wycięcie nerki	II
11.3	Otwarta naprawcza operacja nerki	III
	Moczowód	
11.4	Wycięcie moczowodu	III
11.5	Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
11.6	Operacja naprawcza moczowodu	III
11.7	Operacja ujścia moczowodu	IV
	Pęcherz moczowy	
11.8	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
11.9	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
	Gruczoł krokowy (prostata)	
11.10	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
	Cewka moczowa	
11.11	Operacje ujścia cewki moczowej	V
	12. MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE	
	Jądra	
12.1	Obustronne wycięcie jąder	IV
12.2	Obustronna implantacja jąder do moszny	III
12.3	Proteza jądra	IV
	Powróżek nasienny	
12.4	Operacje najądrza	IV
12.5	Wycięcia nasieniowodu	V
12.6	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	IV
	Prącie	
12.7	Amputacja prącia	IV
12.8	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	V
12.9	Proteza prącia	IV
12.10	Operacja plastyczna prącia	IV

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Poziom trudności wykonania operacji
13.	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE	
	Pochwa	
13.1	Wycięcie pochwy	V
	Macica	
13.2	Amputacja szyjki macicy	IV
13.3	Wycięcie macicy z dostępu brzuszego lub przezpochwowego	IV
	Jajowód	
13.4	Obustronne wycięcie przydatków macicy	IV
13.5	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	V
13.6	Częściowe wycięcie jajowodu	V
	Jajnik	
13.7	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	IV
13.8	Częściowe wycięcie jajnika	V
14.	TKANKI MIĘKKIE	
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	
14.1	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	III
	Ściana brzucha	
14.2	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	V
14.3	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	V
14.4	Pierwotna operacja przepukliny udowej	IV
14.5	Operacja przepukliny pępkowej	V
14.6	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	IV
	Ścięgna	
14.7	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
14.8	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
14.9	Zmiana długości ścięgna	V
	Mięśnie	
14.10	Operacja naprawcza mięśnia	IV
14.11	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
	Wiązadła	
14.12	Rekonstrukcja więzadeł stawu kolanowego	IV
15.	KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA	
	Kości i stawy czaszki i twarzy	
15.1	Otwarcie czaszki	I
15.2	Nastawienie złamania szczęki	IV
15.3	Nastawienie złamania żuchwy	V
15.4	Nastawienie złamania innej kości twarzy	IV
	Kości i stawy kręgosłupa	
15.5	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	I
15.6	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu - jednego lub więcej	III
15.7	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	III
15.8	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	II
15.9	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	III
15.10	Odbarczenie złamania kręgosłupa	III
15.11	Stabilizacja złamania kręgosłupa	III
16.	INNE KOŚCI I STAWY	
	Złamania kości	
16.1	Zespolenia kostne, przeszczep kości w leczeniu złamań złożonych	IV
16.2	Operacyjne leczenie prostego złamania kości:	
16.2.1	podudzia	V
16.2.2	łękotki	V
16.2.3	uda	IV

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Poziom trudności wykonania operacji
16.2.4	Przedramienia - kość łokciowa i promieniowa	V
16.2.5	Ramienia	V
16.2.6	Obręczy barkowej	V
	Amputacje	
16.3	Amputacja w zakresie ramienia	III
16.4	Amputacja ręki	IV
16.5	Amputacja nogi	III
16.6	Amputacja stopy	IV
16.7	Amputacja palucha	V
17.	OPERACJE NA STAWACH	
17.1	Wycięcie, umocowanie, wyluszczenie w stawie:	
17.1.1	łokciowym, nadgarstka, skokowym	V
17.1.2	barkowym, biodrowym, kolanowym	V
17.1.3	osteotomia	IV

- UBEZPIECZYCIEL wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez okres co najmniej jednego miesiąca od dnia wykonania operacji, objętej odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA.
- Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, bądź choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, świadczenie wypłacone za wszystkie wykonane operacje będzie równe kwocie odpowiadającej operacji o najwyższym poziomie trudności wykonania operacji, wyłącznie spośród przewidzianych w TABELI nr 1 dla poszczególnych operacji.
- Łączne świadczenia z tytułu ubezpieczenia operacji wypłacone w trakcie okresu ubezpieczenia nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.

Załącznik nr 12

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2997 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 12 – ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży

Przedmiot ubezpieczenia

§1

- Przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne i uzasadnione koszty leczenia oraz pomoc w podróży w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywając poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, musiał bezzwłocznie poddać się leczeniu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.
- W okresie ubezpieczenia UBEZPIECZYCIEL każdorazowo udziela ochrony ubezpieczeniowej na jednorazowy pobyt poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej trwający nie dłużej niż 30 dni. Zdarzenia powstałe po 30 dniu pobytu poza granicami kraju nie są objęte ubezpieczeniem.

Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej

§ 2

- Z uwzględnieniem wyłączeń określonych w §5 niniejszych OWU, UBEZPIECZYCIEL ponadto nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - nie zastosowania się do zaleceń lekarza dotyczących konieczności poddania się leczeniu lub zabiegowi, a także jeżeli przerwano leczenie lub pobyt w szpitalu na własne życzenie, mimo zaleceń lekarza co do jego kontynuacji,
 - leczenia przekraczającego zakres niezbędny dla przywrócenia zdrowia Ubezpieczonego do stanu umożliwiającego mu powrót do kraju,
 - ataku epilepsji, delirium tremens, śpiączki cukrzycowej,
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ponadto:
 - roszczeń, których wysokość nie przekracza 30 EURO,

- 2) świadczeń w zakresie, w jakim Ubezpieczonemu w związku z tym samym zdarzeniem przysługuje świadczenie z tytułu innej umowy ubezpieczenia lub które zostały pokryte przez inne instytucje,
- 3) zakupu środków antykoncepcyjnych,
- 4) kosztów leczenia oraz leków przepisanych lub zażywanych przed rozpoczęciem podróży objętej ubezpieczeniem,
- 5) wszelkiego rodzaju zabiegów lub pobytów w zakładach opieki długoterwałej (domów starców, sanatoriów, zakładów rehabilitacyjnych, ośrodków leczenia odwykowego itp.).

Wysokość i wypłata świadczeń

§ 3

Wprowadza się następujące sumy ubezpieczenia uzależnione od rodzaju świadczeń:

Rodzaje świadczeń	Sumy ubezpieczenia w EURO
Koszty leczenia	10.000
Koszt transportu chorego za granicą	
Koszt transportu chorego do kraju	
Koszt transportu zwłok do kraju	
Koszt zakupu trumny	
Koszty pomocy prawnej po wypadku samochodowym (pożyczka zwrotna)	1.000
Kwota wpłaty poręczenia majątkowego – kaucji (pożyczka zwrotna)	2.000
Koszty podróży osoby delegowanej na zastępstwo Ubezpieczonego	1.000
Koszt podróży i pobytu członka rodziny Ubezpieczonego	1.000

§ 4

1. Wypłaty świadczeń Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonywane są w PLN. Za granicą świadczenia przekazywane są we właściwych walutach wymiennych bezpośrednio przez UBEZPIECZYCIELA lub Centrum Assistance.
2. Przeliczenie na PLN wydatków poniesionych w walutach obcych dokonywane jest według średniego kursu walut ustalonego przez NBP obowiązującego w dniu ustalenia świadczenia.

§ 5

1. Kosztami leczenia objętymi ubezpieczeniem są wyłącznie następujące usługi i zabiegi:
 - 1) opłaty za pobyt i utrzymanie w szpitalu, salę operacyjną,
 - 2) operacje, zabiegi,
 - 3) usługi świadczone przez pogotowie ratunkowe,
 - 4) leczenie ambulatoryjne,
 - 5) honoraria lekarskie,
 - 6) koszty leczenia prowadzonego w szpitalu lub poza szpitalem, pod stałą kontrolą lekarza, w tym:
 - a) badania laboratoryjne,
 - b) przewóz karetką pogotowia,
 - c) zabiegi dentystryczne, gdy konieczność przeprowadzenia jest następstwem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego stanu bólowego (odpowiedzialność ogranicza się do 150 EURO w czasie jednego pobytu poza granicami kraju).
2. Pomoc w podróży obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) transport chorego za granicą – Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu transport między najbliższymi zakładami medycznymi, których wyposażenie zapewni właściwe leczenie. Tylko Centrum Assistance w porozumieniu z lekarzem udzielającym pomocy Ubezpieczonemu dokonuje wyboru odpowiedniego środka transportu najbardziej odpowiedniego do stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) transport chorego do kraju - UBEZPIECZYCIEL pokryje wszystkie niezbędne i uzasadnione koszty przewozu chorego Ubezpieczonego do Polski, przy zachowaniu następujących warunków:
 - a) jest to niezbędne ze względów medycznych (potwierdzone zgodą wyrażoną przez lekarzy prowadzących leczenie),
 - b) Centrum Assistance organizuje przewóz chorego,

- 3) transport zwłok do kraju - w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie podróży poza granicami Polski, Centrum Assistance zorganizuje transport zwłok Ubezpieczonego do dotychczasowego miejsca jego zamieszkania w Polsce oraz pokryje koszty zakupu trumny,
 - 4) pomoc prawna po wypadku samochodowym - jeżeli Ubezpieczony w trakcie podróży poza granicami Polski stanie się uczestnikiem wypadku samochodowego, Centrum Assistance - na wniosek Ubezpieczonego, organizuje niezbędną pomoc prawną i w uzgodnieniu z Ubezpieczonym pokryje niezbędne koszty prawne. Ubezpieczony jest zobowiązany do zwrotu tych kosztów najpóźniej w ciągu 15 dni od chwili powrotu do kraju,
 - 5) wpłata poręczenia majątkowego (kaucji), przewidzianego w prawie karnym dla uniknięcia tymczasowego aresztowania - jeżeli w trakcie podróży poza granicami Polski, Ubezpieczony stanie się uczestnikiem wypadku samochodowego, w wyniku którego zostanie aresztowany lub będzie mu grozić aresztowanie, Centrum Assistance na wniosek Ubezpieczonego, wpłaci stosowną kaucję (zwolnienia za kaucją). Ubezpieczony jest obowiązany do zwrotu kaucji najpóźniej w ciągu 15 dni od chwili powrotu do kraju,
 - 6) koszt podróży służbowej osoby delegowanej na zastępstwo Ubezpieczonego - jeżeli w trakcie podróży służbowej poza granicami Polski, Ubezpieczony będzie zmuszony poddać się leczeniu szpitalnemu albo wrócić do kraju z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku, UBEZPIECZYCIEL pokryje uzasadnione koszty podróży wysłanego pracownika (bilet klasy ekonomicznej), który dokończy realizację zadań podróży służbowej Ubezpieczonego (odpowiedzialność ogranicza się do pokrycia kosztów do wysokości odpowiadającej kosztom podróży z Polski),
 - 7) koszt podróży i pobytu członka rodziny Ubezpieczonego - jeżeli w trakcie odbywania przez Ubezpieczonego podróży poza granicami Polski ulegnie on nieszczęśliwemu wypadkowi lub chorobie i stan zdrowia nie pozwoli mu na powrót do domu, UBEZPIECZYCIEL zapewni Ubezpieczonemu świadczenie na poczet dodatkowych kosztów podróży i pobytu członka rodziny w kraju zdarzenia. Dodatkowe koszty podróży i pobytu oznaczają uzasadnione koszty (bilety klasy ekonomicznej) poniesione przez członka rodziny, który zgodnie z zaleceniami lekarza pojedzie do Ubezpieczonego w celu zaopiekowania się nim, z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność ogranicza się:
 - a) do pobytu do 7 dni w wysokości do 100 EURO za jeden dzień pobytu,
 - b) do wysokości kosztów odpowiadającej kosztom podróży z Polski.
3. UBEZPIECZYCIEL gwarantuje świadczenie określone w ust. 2 pkt. 4) i 5), w zakresie postępowania karnego przed sądem w sprawach wytoczonych przeciwko Ubezpieczonemu z tytułu przestępstw i wykroczeń związanych z kierowaniem pojazdu, jeżeli działanie Ubezpieczonego było nieumyślne, a także nie było to przestępstwo lub wykroczenie karno-skarbowe.
4. Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt. 4) i 5) nie obejmuje:
- 1) grzywien, kar administracyjnych lub sądowych oraz innych kar pieniężnych,
 - 2) kosztów, do poniesienia których zobowiązana jest inna osoba, niż Ubezpieczony,
 - 3) odszkodowań, które musi zapłacić Ubezpieczony.

§ 6

W razie wypadku Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) starać się o natychmiastowe uzyskanie pomocy lekarskiej,
- 2) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń lekarzy,
- 3) jak najszybciej powiadomić UBEZPIECZYCIELA lub Centrum Assistance o wypadku lub chorobie,
- 4) uzyskać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę) uzasadniające udzielenie bezwzględnej pomocy medycznej oraz prowadzenia danego sposobu leczenia (leczenie ambulatoryjne, hospitalizacja),
- 5) zabezpieczyć wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą,
- 6) dostarczyć do UBEZPIECZYCIELA dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności, rodzaju i wysokości świadczenia; w razie śmierci Uprawniony obowiązany jest dostarczyć do UBEZPIECZYCIELA wyciąg z aktu zgonu (do sporządzenia kopii) oraz dokument stwierdzający pokrewieństwo lub powinowactwo Uprawnionego z Ubezpieczonym,
- 7) poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA,
- 8) udokumentować okres pobytu poza granicami Polski.

Klauzula Umowna 13 – ubezpieczenie medyczne

Przedmiot ubezpieczenia

§1

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, wyszczególnione w TABELI nr 1, o której mowa w §2 niniejszej Klauzuli Umownej, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w okresie ubezpieczenia w związku z leczeniem chorób lub następstw nieszczęśliwych wypadków.

Wysokość i wypłata świadczenia

§2

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte koszty świadczeń medycznych będące następstwem nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się podczas trwania umowy ubezpieczenia.
2. Ochroną ubezpieczeniową objęte koszty świadczeń medycznych będące następstwem chorób, które objawy wystąpiły w trakcie trwania umowy ubezpieczenia i które zostały zdiagnozowana w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
3. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty świadczeń medycznych, o których mowa w TABELI nr 1, jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.
4. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty świadczeń medycznych, o których mowa w TABELI nr 1, pod warunkiem, iż zostały udokumentowane zgodnie z §14 niniejszych OWU.
5. Zwrot kosztów świadczeń medycznych takich jak konsultacja u lekarza specjalisty wymaga skierowania.
6. Zwrot kosztów świadczeń medycznych takich jak wykonane badania przysługuje pod warunkiem pisemnego zalecenia ich przez lekarza prowadzącego leczenie.
7. Zwrot kosztów świadczeń medycznych, pomniejszony jest o 30% franszyzę redukcyjną w każdym świadczeniu medycznym wyszczególnionym w TABELI nr 1.

TABELA nr 1

LP	Świadczenia medyczne
1.	KONSULTACJA:
1.1	Lekarza POZ - dorośli
1.2	Lekarza POZ - dzieci chore
1.3	Lekarza POZ - dyżur dzienny
1.4	Lekarza POZ - dyżur nocny
1.5	Chirurgiczna
1.6	Endokrynologiczna
1.7	Gastrologiczna
1.8	Ginekologiczna
1.9	Kardiologiczna
1.10	Nefrologiczna
1.11	Neurologiczna
1.12	Ortopedyczna
1.13	Otolaryngologiczna
1.14	Pulmonologiczna
1.15	Urologiczna
2.	BADANIA DIAGNOSTYCZNE:
2.1	Mocz badanie ogólne
2.2	Białko całkowite - dobowe wydalanie
2.3	Mikroalbuminuria
2.4	Glukoza - dobowe wydalanie
2.5	Kreatynina - dobowe wydalanie
2.6	Potas - dobowe wydalanie

2.7	Kwas moczowy - dobowe wydalanie
2.8	Alfa-amylaza - porcja moczu
2.9	Glukoza - porcja moczu
2.10	Ciała ketonowe - porcja moczu
2.11	Krew utajona w kale
2.12	Kał - badanie ogólne
2.13	Kał - resztki pokarmowe
2.14	Czynnik reumatoidalny (Odczyn Waalera-Rosego)
2.15	Komórki LE
2.16	ASO
2.17	Przeciwciała anty-TPO (przeciwkłosomalne)
2.18	Przeciwciała anty-TG
2.19	C3 składnik dopełniacza
2.20	C4 składnik dopełniacza
2.21	IgA
2.22	IgG
2.23	IgM
2.24	AIAT
2.25	AspAT
2.26	LDH
2.27	Kinaza kreatynowa (CPK, CK)
2.28	Kinaza kreatynowa (CPK, CK) - MB
2.29	Amylaza alfa
2.30	Fosfataza zasadowa
2.31	Fosfataza kwaśna
2.32	Fosfataza kwaśna - frakcja sterczowa
2.33	Lipaza
2.34	GGTP
2.35	Potas
2.36	Wapń całkowity
2.37	Fosforany
2.38	Magnez
2.39	Białko całkowite
2.40	Albuminy
2.41	Proteinogram
2.42	Całkowita zdolność wiązania żelaza
2.43	Kreatynina
2.44	Kwas moczowy
2.45	Glukoza
2.46	Lipidogram
2.47	Cholesterol całkowity
2.48	Trójglicerydy
2.49	Cholesterol HDL
2.50	Żelazo
2.51	Bilirubina- całkowita
2.52	Bilirubina bezpośrednia
2.53	Test doustnego obciążenia glukozą (75g)
2.54	CRP
2.55	Mocznik
2.56	Hemoglobina glikowana
2.57	Test doustnego obciążenia glukozą (50g)
2.58	EKG bez opisu
2.59	EKG z opisem
2.60	EKG - Próba wysiłkowa
2.61	Spirometria

2.62	Audiogram
2.63	Pomiar ciśnienia śródgałkowego
2.64	EEG
2.65	OB
2.66	Morfologia z "automatycznym" rozdziałem leukocytów
2.67	Rozmaz krwi obwodowej
2.68	Retikulocyty
2.69	Płytki krwi
2.70	Przeciwciała anty-Rh
2.71	Czas protrombinowy (Wskaźnik Quicka)
2.72	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
2.73	Fibrynogen
2.74	Wycinki histopatologiczne
2.75	Cytologia ginekologiczna
2.76	TSH
2.77	FT4
2.78	FT3
2.79	Kortyzol
2.80	LH
2.81	FSH
2.82	Prolaktyna (PRL)
2.83	Estradiol
2.84	Progesteron
2.85	Testosteron
2.86	Insulina
2.87	C-peptyd
2.88	Beta HCG w moczu (test ciążyowy)
2.89	S-DHEA
2.90	CEA
2.91	AFP
2.92	PSA
2.93	Beta HCG w surowicy
2.94	Aldosteron
2.95	T3
2.96	T4
2.97	WZW t. B -Antygen HBe
3.	BADANIA RTG:
3.1	Kręgosłup szyjny - AP i L
3.2	Kręgosłup piersiowy - AP i L
3.3	Kręgosłup lędźwiowy-krzyżowy - AP i L
3.4	Kość ręki - PA - zdjęcie porównawcze rąk
3.5	Kość przedramienia - AP i L
3.6	Stawy łokciowe - AP i L - zdjęcie porównawcze
3.7	Kość ramienna - AP i L
3.8	Stawy ramienne - AP - zdjęcie porównawcze
3.9	Kość udowa - część bliższa - L
3.10	Stawy kolanowe - AP i L - zdjęcie porównawcze
3.11	Stawy skokowe - AP i L - zdjęcie porównawcze
3.12	Kość podudzia - AP i L
3.13	Kość stopy - AP
3.14	Kość piętowa
3.15	Nadgarstek
3.16	Palec
3.17	Stawy barkowe AP i L
3.18	Staw kolanowy

4.	AMBULATORYJNA OPIEKA PIĘLĘGNIARSKA
4.1	Opatrunek
4.2	Zdjęcie szwów
4.3	Zastrzyk domięśniowy
4.4	Zastrzyk podskórny
4.5	Podanie leku dożylnie
4.6	Chirurgiczne zaopatrzenie rany
4.7	Nacięcie ropnia
4.8	Pomiar ciśnienia tętniczego krwi
4.9	Podanie leku dostawowo
4.10	Podanie leku wziewnie

Załącznik nr 14
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia MOJA RODZINA
zatwierdzonych uchwałą nr 52/2997 Zarządu CIIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r

Klauzula Umowna 14 – ubezpieczenie assistance medycznego

Przedmiot ubezpieczenia

§1

Przedmiotem ubezpieczenia są udzielane Ubezpieczonemu świadczenia assistance, określone w §2 niniejszej Klauzuli Umownej, w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA.

Wysokość i wypłata świadczeń

§2

Z tytułu ubezpieczenia assistance medycznego – UBEZPIECZYCIEL zapewnia następujące świadczenia:

- 1) pomoc medyczna:
 - a) wizyta lekarza Centrum Assistance – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
 - b) wizyta pielęgniarki – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - c) dostawa leków przepisanych przez lekarza – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony wymaga leżenia, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - d) transport medyczny do placówki medycznej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Assistance;
 - e) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie;

- f) pomoc psychologiczna – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL na zlecenie lekarza zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - g) przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, w następstwie których Ubezpieczony przebywa w szpitalu, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą;
- 2) pomoc rehabilitacyjna:
- a) wizyta fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - b) wizyta Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - c) organizacja oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - d) zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 3) pomoc domowa – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 4) opieka nad dziećmi – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi;
- 5) opieka nad zwierzętami – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad zwierzętami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 150 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 6) medyczne usługi informacyjne – za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
- a) informacje medyczne o danej chorobie, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - b) informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),
 - c) informacje o aptekach na terenie całego kraju, w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów,
 - d) informacje o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,

- e) informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
- f) informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
- g) informacje o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego,
- h) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
- i) informacje o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudną sytuacją rodzinną, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
- j) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- k) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Assistance, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.