

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PAKIET UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH „OCHRONA NA SZÓSTKĘ”

SPIS TREŚCI

DEFINICJE	2
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA	7
ZAKRES UBEZPIECZENIA	7
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	15
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY	17
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	17
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	18
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	18
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	19
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	20
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA	21
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23

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

S1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia PAKIET UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH „OCHRONA NA SZÓSTKĘ”, 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 Ubezpieczycielem.
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

S2

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) Centrum Assistance – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela (adres, numer telefonu podawany jest przy zawieraniu umowy ubezpieczenia), która na zlecenie Ubezpieczyciela udziela świadczeń assistance,
- 4) choroba – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 5) 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;
- 6) choroba przewlekła – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, leczony stale lub okresowo przed datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 7) deklaracja zgody – pisemna zgoda osoby fizycznej na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU. W przypadku pracownika deklaracja zgody zawiera również upoważnienie dla Ubezpieczającego do potrącania składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia za pracę, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego bądź z wypłaty z innego tytułu,
- 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 ciągle na podstawie wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej,
- 10) dziecko – dziecko w wieku do 18 lat;
- 11) 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,
- 12) lekarz Centrum Assistance – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance,
- 13) 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,
- 14) 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,
- 15) mastektomia – zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu gruczołu piersiowego, stosowany w leczeniu zachorowania na nowotwór złośliwy piersi,
- 16) nieszcześliwy wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 17) 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;
- 18) 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 anatomiczopatologa. 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 klasyfikowanych poniżej pT2 (III stopień Clark'a),
 - d) nowotworu podstawnokomórkowego skóry oraz zmiany opisywanej jako hiperkeratozy, nowotworu płaskonabłonkowego skóry,
 - e) mięsaka Kaposiego i innego nowotworu związanego z zespołem chorobowym towarzyszącym AIDS;
- 19) nowotwór złośliwy piersi – nabłonkowy nowotwór złośliwy piersi, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek oraz naciekaniem tkanek. W celu udokumentowania choroby nowotworowej winien być przedłożony wynik badania histopatologicznego materiału operacyjnego lub/i innych badań koniecznych do określenia stadium zaawansowania raka piersi. Za nowotwór złośliwy piersi w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się:
 - a) łagodnej, zwyrodnieniowej zmiany sutka (torbiele, torbielakowłókniatowatość sutka),
 - b) guzów łagodnych (gruczolakowłókniak, gruczolaki, brodawczaki, rogowiaki skóry i inne),
 - c) następstw urazów (blizny, ziarniniak tłuszczowy),
 - d) innych nowotworów nienabłonkowych (chłoniaki złośliwe, mięsaki tkanek miękkich),

- e) nowotworów skóry,
 - f) mięsak Kaposi'ego i nowotwory towarzyszące AIDS,
- 20) nowotwór złośliwy prostaty – nowotwór złośliwy występujący pod postacią raka gruczołowego, siateczkowatego, łuskowatego lub galaretowatego. Nowotwór rozwijający się w strefie obwodowej (zewewnętrznej) gruczołu krokowego, szerzący się przez ciągłość, po przekroczeniu torebki nacieka pęcherzyki nasienne, cewkę tylną, szyję pęcherza, dolne odcinki moczowodów, zajmuje tkanki miękkie, a w konsekwencji ruszowanie kostne miednicy mniejszej. W celu udokumentowania choroby winien być przedstawiony wynik badania histopatologicznego materiału operacyjnego, a także wynik testu PSA (Prostate - specific - antygen);
 - 21) 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,
 - 22) ochrona ubezpieczeniowa – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
 - 23) odpady radioaktywne – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
 - 24) 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;
 - 25) 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);
 - 26) operacja wtórna – kolejny zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem dotyczący tego samego urazu lub nagłego zachorowania;
 - 27) 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;
 - 28) pobyt w szpitalu – pobyt na oddziale szpitalnym służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, trwający przez okres co najmniej trzech dni. W przypadku ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 3), w zależności od wyboru opcji ubezpieczenia świadczenie może przysługiwać za pobyt w szpitalu trwający co najmniej jeden dzień lub dwa dni;
 - 29) 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. Diagnoza musi być potwierdzona przez dwóch niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych. Ponadto Ubezpieczyciel wymaga przedstawienia dokumentów potwierdzających trwałe deficyty neurologiczne;

- 30) pomostowanie naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacji kardiochirurgicznej 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;
- 31) 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: anemia aplastyczna, dystrofia mięśniowa, poliomyelitis, stwardnienie rozsiane. Rozpoznanie schorzenia lub wykonanie procedury medycznej musi być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
- 32) 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,
- 33) pracownik – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy, której przedmiotem jest zatrudnienie,
- 34) przystąpienie do ubezpieczenia – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach umowy ubezpieczenia grupowego,
- 35) radykalne leczenie oszczędzające – leczenie polegające na usunięciu nowotworu złośliwego w granicach tkanek zdrowych i usunięciu regionalnych pachowych węzłów chłonnych,
- 36) 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,
- 37) stwardnienie rozsiane – choroba charakteryzująca się demielinizacją w mózgu i rdzeniu kręgowym. Diagnoza 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;
- 38) 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;
- 39) 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 utralonych ubytków neurologicznych potwierdzonych przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii;

- 40) 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,
- 41) 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. Diagnostyka i zalecenie zabiegu transplantacji muszą być potwierdzone przez dwóch lekarzy specjalistów, z których jeden jest lekarzem zaufania;
- 42) Ubezpieczający – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczającym może być osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej wyłącznie w przypadku ubezpieczenia indywidualnego,
- 43) ubezpieczenie grupowe – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby,
- 44) ubezpieczenie indywidualne – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z osobą fizyczną,
- 45) Ubezpieczony – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat,
- 46) udar mózgu – naczyniopochodny incydent mózgowy, wywołujący trwałe 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 mózgowo spowodowane migreną,
 - c) zaburzenia ukrwienia układu przedsińkowego 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,
- 47) 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 ustawy,
 - 48) 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 zrozumiale mówionego języka;
 - 49) 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;
 - 50) utrata wzroku – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) 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;
 - 51) wyczynowe uprawianie sportu – forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie polegająca na:
 - a) 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,

- b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
 - 52) 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;
 - 53) zawał serca – pełnościenna martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego niedokrwienia tego obszaru, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem łącznie wymienionych poniżej objawów:
 - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - b) pojawienie się nowych, nie występujących dotychczas, charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego zmian w zapisie EKG,
 - c) zwiększenie aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.
- W rozumieniu niniejszych OWU zawałem nie są:
- a) zawały rozpoznane jako niepełnościenne (podsierdziowe, non Q),
 - b) zawały rozpoznane jako przebyte w przeszłości np. na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych metod diagnostycznych,
- 54) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie losowe objęte ochroną ubezpieczeniową, które stanowi podstawę do wystąpienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z rozszczeniem o wypłatę świadczenia zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków i/ lub chorób, powodujące:

- 1) wystąpienie poważnego zachorowania, określonego w §2 pkt. 31) i §4 ust. 3 pkt. 2),
- 2) poddania się Ubezpieczonego operacji podczas pobytu w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, określonej w §2 pkt. 25) i §4 ust. 4 pkt. 1),
- 3) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w §2 pkt. 28) i §4 ust. 5, a także zachorowanie na nowotwór złośliwy piersi lub prostaty, określone w §2 pkt. 19) i 20) oraz §4 ust. 6 i 7 oraz ubezpieczenie assistance określone w §4 ust. 8.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się podczas trwania umowy ubezpieczenia, a także w zależności od wybranego wariantu choroby, które zostały ujawnione i zdiagnozowane u Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia może obejmować następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) poważne zachorowania,
 - 2) operacje,
 - 3) pobyt w szpitalu,
 - 4) zachorowanie na nowotwór złośliwy piersi,
 - 5) zachorowanie na nowotwór złośliwy prostaty,
 - 6) assistance medyczny.
3. Z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania
 - 1) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości:
 - a) 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli wypłata świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania dokonywana jest po raz pierwszy,
 - b) 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia w przypadku wystąpienia każdego kolejnego poważnego zachorowania.
 - 2) Wypłata świadczenia przysługuje pod warunkiem ujawnienia i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia następującego rodzaju poważnego zachorowania:

- a) w wariantcie podstawowym:
 - i) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
 - ii) niewydolność nerek,
 - iii) paraliż,
 - iv) śpiączka,
 - v) transplantacja głównych organów,
 - vi) udar mózgu,
 - vii) zawał serca,
 - viii) zakażenie wirusem HIV;
 a w przypadku ubezpieczenia dziecka dodatkowo:
 - i) anemia aplastyczna,
 - ii) dystrofia mięśniowa,
 - iii) poliomielitis,
 - iv) stwardnienie rozsiane,
 - b) w wariantcie rozszerzonym dodatkowo następujące poważne zachorowania:
 - i) nowotwór złośliwy,
 - ii) oparzenie,
 - iii) pomostowanie naczyń wieńcowych,
 - iv) utrata mowy,
 - v) utrata słuchu,
 - vi) utrata wzroku;
- 3) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez okres co najmniej jednego miesiąca od dnia ujawnienia i zdiagnozowania poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
4. Z tytułu ubezpieczenia operacji
- 1) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za operację, którą przeszedł Ubezpieczony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI NR 1, będąca następstwem:
 - a) nieszczęśliwego wypadku – w wariantcie podstawowym,
 - b) nieszczęśliwego wypadku lub choroby – w wariantcie rozszerzonym.
 - 2) Wysokość świadczenia stanowi procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, uzależniony od poziomu trudności wykonania operacji, określany w skali od I do V, wynoszący odpowiednio:
 - a) 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do I poziomu operacji wymienionych w TABELI NR 1,
 - b) 70% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do II poziomu operacji wymienionych w TABELI NR 1,
 - c) 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do III poziomu operacji wymienionych w TABELI NR 1,
 - d) 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli przeprowadzona operacja należy do IV poziomu operacji wymienionych w TABELI NR 1,
 - e) 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 SUTĘK	
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 wewnątrztorbkowe wycięcie soczewki IV
4. UCHO	
Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	
4.1	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych II
4.2	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowego III
4.3	Operacje naprawcze błony bębenkowej III
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
Krtani	
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
5.9	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	IV
Płuca		
5.10	Przeszczep płuca	I
5.11	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	Zespolenie 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	Zespolenie omijające jelito czcze	III
Jelito kręte		
7.11	Wycięcie jelita krętego	III
7.12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	III
7.13	Zespolenie 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
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	Przeżylna 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	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	III
11.4	Otwarta naprawcza operacja nerki	III
Moczowód		
11.5	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	IV
11.6	Wycięcie moczowodu	III
11.7	Odprowadzenie moczu przez przetokę	II
11.8	Operacja naprawcza moczowodu	III
11.9	Operacja ujścia moczowodu	IV
Pęcherz moczowy		
11.10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego metodą endoskopową	III
11.11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Gruczoł krokowy (prostata)		
11.12	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	III
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego		
11.13	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzuszno i/lub przezpochwowego u kobiet	III
11.14	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	IV
11.15	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	III
Cewka moczowa		
11.16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	IV
11.17	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
13.	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE	
	Pochwa	
13.1	Wycięcie pochwy	V
13.2	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	V
	Macica	
13.3	Amputacja szyjki macicy	IV
13.4	Wycięcie macicy z dostępu brzuszego lub przezpochwowego	IV
	Jajowód	
13.5	Obustronne wycięcie przydatków macicy	IV
13.6	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	V
13.7	Częściowe wycięcie jajowodu	V
	Jajnik	
13.8	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	IV
13.9	Częściowe wycięcie jajnika	V
14.	TKANKI MIĘKKIE	
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	
14.1	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	III
14.2	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	IV
	Ściana brzucha	
14.3	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	V
14.4	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	V
14.5	Pierwotna operacja przepukliny udowej	IV
14.6	Operacja przepukliny pępkowej	V
14.7	Otwarcie jamy brzusznej (laparotomia)	IV
	Ścięgna	
14.8	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
14.9	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	IV
14.10	Zmiana długości ścięgna	V
	Mięśnie	
14.11	Operacja naprawcza mięśnia	IV
14.12	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
	Wiązadła	
14.13	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
15.5	Stabilizacja żuchwy	IV
	Kości i stawy kręgosłupa	
15.6	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	I
15.7	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu - jednego lub więcej	III
15.8	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	III
15.9	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	II
15.10	Pierwotne zespolenie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	III
15.11	Odbarczenie złamania kręgosłupa	III
15.12	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	łęczotki	V
16.2.3	uda, łęczotki	IV
16.3	Przedramienia - kość łokciowa i promieniowa	V
16.4	Ramienia	V
16.5	Obręczy barkowej	V
Amputacje		
16.6	Amputacja w zakresie ramienia	III
16.7	Amputacja ręki	IV
16.8	Amputacja nogi	III
16.9	Amputacja stopy	IV
16.10	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

- 3) 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.
- 4) Łączne świadczenia z tytułu ubezpieczenia operacji wypłacone w trakcie okresu ubezpieczenia nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.
5. Z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu
 - 1) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za pobyt szpitalu, który wydarzył się w okresie trwania umowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będący następstwem:
 - a) nieszczęśliwego wypadku – wariant podstawowy,
 - b) nieszczęśliwego wypadku lub choroby – wariant rozszerzony.
 - 2) Wysokość świadczenia stanowi 2% sumy ubezpieczenia, określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie) i w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia, przysługuje:
 - a) od pierwszego dnia pobytu w szpitalu za każdy następny dzień pobytu w szpitalu,
 - b) od drugiego dnia pobytu w szpitalu za każdy następny dzień pobytu w szpitalu,
 - c) od trzeciego dnia pobytu w szpitalu za każdy następny dzień pobytu w szpitalu.
 - 3) W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, świadczenie wypłacane jest od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.
 - 4) Łączne świadczenia z tytułu ubezpieczenia pobytu w szpitalu wypłacone w trakcie okresu ubezpieczenia nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.
6. Z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy piersi – Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem ujawnienia i zdiagnozowania u osoby Ubezpieczonej w okresie trwania umowy ubezpieczenia nowotworu złośliwego piersi w stadium rozsiewu i poddaniu się mastektomii,
 - 2) 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem ujawnienia i zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia nowotworu złośliwego piersi w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) i poddaniu się radykalnemu leczeniu oszczędzającemu.
 - 3) Jeżeli pomimo zastosowanego radykalnego leczenia oszczędzającego, osoba Ubezpieczona zostanie poddana mastektomii to Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
 - 4) Łączne świadczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy piersi wypłacone w trakcie okresu ubezpieczenia nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia.

7. Z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy prostaty – Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem ujawnienia i zdiagnozowania u osoby Ubezpieczonej w okresie trwania umowy ubezpieczenia nowotworu złośliwego prostaty.
8. 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 leczenia, 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 fizyoterapeuty 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 fizyoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
 - b) wizyta Ubezpieczonego u fizyoterapeuty 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 fizyoterapeuty 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.

WYŁĄCZENIA 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, wszelkich 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 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. 3 pkt. 2) lit. a) 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, porodem, poronieniem samoistnym i sztucznym oraz leczeniem bezpłodności,
 - 23) wykonywaniem rutynowych badań, nie wynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz nie zaleconych przez lekarza,
 - 24) zmianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 25) leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - 26) 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. 52),
 - 27) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania w stosunku do osoby Ubezpieczonej, która ukończyła 55 rok życia obejmuje wyłącznie następujące rodzaje poważnego zachorowania:
- 1) niewydolność nerek,
 - 2) paraliż,
 - 3) śpiączka,
 - 4) transplantacja głównych organów,
 - 5) oparzenie,
 - 6) utrata mowy,
 - 7) utrata słuchu,
 - 8) utrata wzroku.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia operacji w stosunku do osoby Ubezpieczonej, która ukończyła 55 rok życia obejmuje wyłącznie operacje wymienione w TABELI NR 1, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu:
- 1) poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
 - 2) operacji rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia, za wyjątkiem operacji spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,

- 3) pobytu w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczenie assistance, o którym mowa w §4 ust. 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.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których mowa w §7 ust. 1 pkt. 7), a które nie zostały podane do jej wiadomości w kwestionariuszu medycznym.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego określonej osobno dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w §4 ust. 2 niniejszych OWU.
2. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest kwota stanowiąca 100 % sumy ubezpieczenia, określana osobno dla każdego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności, określonej 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

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię i nazwisko oraz adres Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
 - 3) liczbę osób objętych ubezpieczeniem,
 - 4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - 5) sumę ubezpieczenia,
 - 6) okres ubezpieczenia,
 - 7) informację na temat stanu zdrowia Ubezpieczonego – kwestionariusz medyczny,
 - 8) informację na temat szkodowości co najmniej za ostatni rok (ilość, wysokość wypłaconych świadczeń),
 - 9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. 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.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny 12-miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§8

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia grupowego w rozumieniu §2 pkt. 43) i 44).
2. Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
3. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego kwestionariusza dotyczącego stanu zdrowia osoby Ubezpieczonej.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z ich deklaracjami zgody.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§9

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. 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.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem upływu okresu wypowiedzenia lub z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym przez jedną ze stron,
 - 4) 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,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 7) wobec Ubezpieczonego z dniem ukończenia 65 roku życia,
 - 8) wobec Ubezpieczonego z końcem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia grupowego.
4. Wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustala 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 zapłaceniem 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) okresu ubezpieczenia,
 - 4) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 5) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
 - 6) 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 danego ryzyka stawkę określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu.
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) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których Ubezpieczyciel wypłacił świadczenia,
 - 3) płatności ratalnej składki ubezpieczeniowej.
10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
 - 2) bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia,
 - 3) jednorazowej płatności składki,
 - 4) 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, a w szczególności w przypadku umów ubezpieczeń grupowych:
 - a) list osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z kwestionariuszami zdrowotnymi,
 - b) list osób występujących z 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) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za których została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - 7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - 8) 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.,
 - 9) 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,
 - 10) 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 a 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

1. 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) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone,
 - 2) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 3) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 4) posiadane zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, chorobą, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 5) dokumenty określające wszystkich wyznaczonych Uprawnionych,
 - 8) 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 §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 złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
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, Ubezpieczyciel 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 pouczca 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, wnioszek 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 Ubezpieczycielem, 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 PAKIET UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH „OCHRONA NA SZÓSTKĘ” zostały zatwierdzone uchwałą nr 52/2007 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007 roku.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia PAKIET UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH „OCHRONA NA SZÓSTKĘ” wchodzi w życie z dniem 10.08.2007 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10.08.2007 roku.
6. Z dniem wejścia w życie niniejszych OWU tracą moc:
 - 1) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnych Zachorowań zatwierdzone uchwałą nr 53/2003 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 16.12.2003 roku,
 - 2) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Operacji zatwierdzone uchwałą nr 52/2003 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 16.12.2003 roku,
 - 3) Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu” zatwierdzone uchwałą nr 51/2003 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 16.12.2003 roku,
 - 4) Ogólne Warunki Ubezpieczenia zachorowania na raka piersi „Amazonka” zatwierdzone uchwałą nr 2/2004 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