

# UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE TWOJE BEZPIECZEŃSTWO+ (ABŻ02)

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

**Przedsiębiorstwo:** Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON: 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w kwocie 87 267 500 złotych).

**Produkt:** Ubezpieczenie na życie Twoje Bezpieczeństwo+ (indeks ABŻ02)

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje dotyczące umowy podane są we wniosku ubezpieczeniowym i w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Twoje Bezpieczeństwo+ (indeks ABŻ02) wraz z załącznikami, zatwierdzonych uchwałą Zarządu Allianz nr 43/2024 („o.w.u.”), które są dostępne na [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl).

Zwroty lub słowa pisane pogrubionym drukiem mają znaczenie nadane im w o.w.u.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Jest to dobrowolne ubezpieczenie na życie zawierane z Ubezpieczającym na jego rachunek (Dział I, Grupa 1 i 5 załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ochroną ubezpieczeniową zawsze objęte jest życie **Ubezpieczonego**, tj. odpowiadamy w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Zakres ochrony może zostać rozszerzony również o inne świadczenia dodatkowe wskazane poniżej. Wówczas przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie **Ubezpieczonego** lub zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** dotyczące życia lub zdrowia **matłonka** albo **partnera, dziecka, rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego, rodziców Ubezpieczonego lub rodziców matłonka** albo **rodziców partnera**. Zakres ubezpieczenia określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w **polisie**.
- ✓ **Suma ubezpieczenia** jest ustalana przez strony **umowy** przy zawieraniu lub zmianie **umowy**. **Suma ubezpieczenia**, w zależności od postanowień **o.w.u.** dotyczących danego świadczenia, to: kwota świadczenia wypłaconego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie** albo kwota stanowiąca maksymalną wysokość świadczenia wypłaconego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**, albo podstawa do ustalenia wysokości świadczenia wypłaconego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**. Wysokość **sumy ubezpieczenia** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**. Ubezpieczający może za naszą zgodą zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą **rocznicę polisy**.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w zakresie śmierci **Ubezpieczonego** nie obejmuje w szczególności:

- ✗ zdarzeń ubezpieczeniowych, poza śmiercią, które mogą wystąpić w życiu i zdrowiu **Ubezpieczonego**;
- ✗ zdarzeń ubezpieczeniowych, które mogą wystąpić w życiu i zdrowiu **matłonka** albo **partnera, dziecka, rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego, rodziców Ubezpieczonego** lub **rodziców matłonka** albo **rodziców partnera**.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

**Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego, która powstała wskutek:**

- ! samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, dokonanego przed upływem 2 lat od daty zawarcia **umowy**;
- ! czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
- ! okoliczności nie podanych do naszej wiadomości (wskutek zatajenia lub podania informacji niezgodnych z prawdą), o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem **umowy**; jeżeli śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi po upływie trzech lat od zawarcia **umowy**, nie możemy podnieść zarzutu, że przy zawieraniu **umowy** podano informacje nieprawdziwe.



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ W zakresie śmierci **Ubezpieczonego** ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata.
- ✓ W przypadku świadczeń dodatkowych zasadą jest obowiązywanie ubezpieczenia na terenie całego świata. Wyjątek od tej reguły stanowią obowiązujące wyłącznie na terenie Polski: świadczenia assistance w ramach świadczenia dodatkowego Śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku** oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci **Ubezpieczonego** lub **członka rodziny** w następstwie **wypadku**, świadczenia medyczne w ramach świadczenia dodatkowego Poważne zachorowanie **Ubezpieczonego**, świadczenia medyczne i assistance w zakresie świadczenia dodatkowego Assistance onkologiczny, świadczenia medyczne w ramach świadczenia dodatkowego Poważne zachorowanie **matłonka** albo **partnera**, świadczenia assistance w zakresie świadczenia dodatkowego **Urodzenie się dziecka**, świadczenia medyczne w ramach świadczenia dodatkowego Poważne zachorowanie **dziecka**, świadczenia medyczne w ramach świadczenia dodatkowego Poważne zachorowanie **rodzica Ubezpieczonego**; świadczenia dodatkowe: Teleopieka kardiologiczna, Koszty leczenia **Ubezpieczonego** poniesione w Polsce w następstwie **wypadku**, Świadczenia assistance i telemedycyna, Świadczenia assistance 70+, Koszty leczenia **matłonka** albo **partnera** poniesione w Polsce w następstwie **wypadku**, Koszty leczenia **dziecka** poniesione w Polsce w następstwie **wypadku**, Świadczenia assistance związane z **rodzicem Ubezpieczonego**.



## Co należy do obowiązków Ubezpieczającego/Ubezpiezonego/Uposażonego?

Przed zawarciem **umowy**:

### Obowiązek dotyczy Ubezpieczającego/Ubezpiezonego:

- Osoba, która zawiera umowę składa na naszym formularzu wnioski o zawarcie **umowy**;
- Podanie nam do wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem **umowy**.
- Jeżeli **umowa** zawierana jest przez przedstawiciela, na nim także ciąży ten obowiązek i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane;
- Jeżeli jest to konieczne, podanie nam do wiadomości dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia i poddanie się na nasz koszt badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
- Opłacenie składki miesięcznej, w wysokości ustalonej w **umowie**, najpóźniej do ostatniego dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który jest należna.

W trakcie trwania **umowy**:

### Obowiązek dotyczy Ubezpieczającego/Ubezpiezonego:

- Opłacenie składki miesięcznej, w wysokości ustalonej w **umowie** oraz potwierdzonej w **polisie**, zaś w przypadku zmiany wysokości składki – potwierdzonej w aneksie do **polisie**.

W związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego:

### Obowiązek dotyczy Ubezpiezonego/Uposażonego/Uprawnionego:

1. Zgłoszenie zdarzenia:
  - a) przez elektroniczny formularz na stronie allianz.pl,
  - b) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
  - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
  - d) w każdej naszej placówce.
2. Zgłoszenie potrzeby organizacji świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej, powtórnej opinii medycznej może nastąpić za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
  - a) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
  - b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
  - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.

Świadczenia wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona powinna dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.



## Jak i kiedy należy opłacać składki i ich wysokość?

- **Ubezpieczający** jest zobowiązany do opłacania składki miesięcznej w wysokości ustalonej w **umowie** oraz potwierdzonej w **polisie**, zaś w przypadku zmiany wysokości składki – potwierdzonej w aneksie do **polisie**. Składka jest płatna najpóźniej do ostatniego dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który jest należna. Składkę uważa się za zapłaconą z chwilą, gdy wpłynie ona na nasz rachunek bankowy w pełnej wysokości wynikającej z **umowy**.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

**Umowę** zawieramy na okres **roku polisowego**. **Umowa** ulega przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, oświadczenia o nieprzedłużeniu **umowy**. **Umowa** może być w ten sposób przedłużana wielokrotnie. W razie przedłużenia **umowy** na kolejny **rok polisowy**, **umowa** przedłużana jest na takich samych warunkach jakie obowiązywały w poprzedzającym ją **roku polisowym**, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie **umowy** pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki **umowy**.

Każda ze stron **umowy** może złożyć drugiej stronie wniosek o zmianę **umowy**, przy czym wniosek o zmianę powinien zostać złożony nie później niż na miesiąc przed **rocznicą polisy**. Jeżeli po otrzymaniu od nas wniosku o zmianę **umowy**, nie wyrazisz zgody na zmianę **umowy** do najbliższej **rocznicy polisy**, **umowa** nie ulegnie przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**.

Każda ze stron może nie przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**. Jeśli nie będziemy chcieli przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**, poinformujemy Cię o tym, najpóźniej na miesiąc przed najbliższą **rocznicą polisy**, składając pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu **umowy**. Jeśli Ty nie będziesz chciał przedłużyć **umowy** na kolejny **rok polisowy**, złóż nam oświadczenie najpóźniej na 14 dni przed najbliższą **rocznicą polisy**.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu uzgodnionym w **umowie** oraz potwierdzonym w **polisie**, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym zapłaciłeś składkę w wysokości wynikającej z **umowy**.

W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia w trakcie trwania **umowy**, ochrona w zmienionym zakresie ubezpieczenia rozpoczyna się w najbliższą **rocznicę polisy** przypadającą po Twoim wniosku o dokonanie zmian zakresu, o ile przed tą **rocznicą polisy** poinformowaliśmy Cię o jego akceptacji.

Ochrona względem danego **Ubezpiezonego** wygasa:

- a) w chwili śmierci **Ubezpiezonego**;
- b) z dniem rozwiązania **umowy**;
- c) z dniem upływu okresu wypowiedzenia **umowy**;
- d) z dniem odstąpienia od **umowy**;
- e) z ostatnim dniem dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego w wezwaniu do zapłaty składki, o którym mowa w § 71 o.w.u. – jeżeli **Ubezpieczający** nie przekaże zaległych składek w terminie miesiąca liczonego od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony;
- f) z dniem poprzedzającym najbliższą **rocznicę polisy**, następującą po ukończeniu przez **Ubezpiezonego**:
  - i. 70. roku życia – jeśli w dniu złożenia **wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczony** nie miał ukończonych 70 lat, z zastrzeżeniem pkt. ii poniżej;

- ii. 75. roku życia – jeśli w dniu złożenia **wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczony** miał ukończone 70 lat albo jeżeli wyraził zgodę na przedłużenie ochrony na zmienionych warunkach, zaproponowanych zgodnie z § 73 **o.w.u.**, umożliwiającym mu skorzystanie z ochrony od najbliższej **rocznicy polisy** następującej po ukończeniu przez niego 70 roku życia; w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-f) nastąpiło wcześniej.

W odniesieniu do **Ubezpieczonego** objętego ochroną w **wariantcie indywidualnej kontynuacji**, nie mają zastosowania postanowienia z lit. f). Oznacza to, że zajście zdarzenia opisanego w lit. f), nie powoduje wygaśnięcia ochrony względem tego **Ubezpieczonego**.

W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony również o świadczenia dodatkowe wskazane w **o.w.u.**, ochrona względem **Ubezpieczonego** w odniesieniu do poszczególnego świadczenia dodatkowego wygasa:

- a) w przypadkach określonych powyżej;  
b) z dniem wygaśnięcia **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego; w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-b) nastąpiło wcześniej.



## Jak rozwiązać umowę?

- Możesz odstąpić od **umowy** składając nam oświadczenie o odstąpieniu w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia.
- Jeśli najpóźniej w dniu zawarcia **umowy** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy** jest liczony od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- W przypadku zawarcia **umowy** na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy** lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy** zostało wysłane przed jego upływem.
- Możesz w każdym czasie wypowiedzieć **umowę** składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu **umowy** z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu.
- **Umowa** ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, o ile nie doszło do jej przedłużenia na kolejny **rok polisowy**. Jeśli nie będziesz chciał przedłużyć umowy na kolejny rok polisowy, złóż nam oświadczenie najpóźniej na 14 dni przed najbliższą rocznicą polisy.
- Oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą **umowy**, możesz złożyć nam:
  - na adres (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) lub elektronicznie poprzez formularz dostępny na naszej stronie internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl)
  - za pośrednictwem naszego agenta (oświadczenia i zawiadomienia składane naszemu agentowi w związku z **umową**, uznaje się za złożone nam, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku),
  - albo w inny, uzgodniony z nami sposób.



## O jakie świadczenia dodatkowe można rozszerzyć zakres ochrony?

Uwaga: Pełne informacje o zakresie ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie) zawierają **o.w.u.**

### Świadczenia dodatkowe:

- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku**.

Oprócz świadczenia pieniężnego, w ramach przedmiotowego świadczenia, w przypadku śmierci **Ubezpieczonego** lub **członka rodziny** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty pogrzebu, przewozu na pogrzeb oraz zapewnimy świadczenie w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego na zasadach określonych w **o.w.u.**

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń **assistance** wskazanych w tabeli nr 1 lub 2 **o.w.u.**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** lub **członka rodziny** powstał wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym **OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI**.

- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **Ubezpieczonego**, jeżeli **wypadek komunikacyjny** będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** powstał wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym **OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI**.

- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** śmierć **Ubezpieczonego**, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w **okresie ochrony**, o ile śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi przed upływem 90 dni od wystąpienia **zawału serca** lub **udaru mózgu**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności: śmierci **Ubezpieczonego**, jeżeli **zawał serca** lub **udar mózgu** będący jej przyczyną powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, która nastąpiła przed upływem 24 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego; zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym **OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI**.

#### – Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy

**Co obejmuje ubezpieczenie:** śmierć **Ubezpieczonego** w następstwie **wypadku przy pracy**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **Ubezpieczonego**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **Ubezpieczonego** powstał wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdiagnozowanie w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do **o.w.u.**, w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony**:

- w części „Zakres optymalny”; albo
- w części „Zakres rozszerzony”.

Na zasadach określonych w **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych w zakresie wskazanym w tabeli nr 3 **o.w.u.**

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do **o.w.u.**, a także nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tę samą **chorobę** lub ten sam zabieg. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.

#### – Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu

**Co obejmuje ubezpieczenie:** rozpoznanie u **Ubezpieczonego w okresie ochrony** wczesnej postaci nowotworu, który należy do jednej z następujących kategorii: nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji **ICD-10**, czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji **ICD-10**, guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości, zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji **ICD-10**, nowotwór mieloproliferacyjny, brodawkowaty mikro-rak tarczycy, rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM, rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6).

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności rozpoznania u **Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu**, jeżeli było ono skutkiem: zakażenia się wirusem HIV przez **Ubezpieczonego**; działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego, lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza; nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego wczesnej postaci przewlekłej białaczki szpikowej**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u **Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu**, które nastąpiło w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych w **o.w.u.**

#### – Assistance onkologiczny

**Co obejmuje ubezpieczenie:** gdy w **okresie ochrony** u **Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowany **zaawansowany nowotwór** lub zostanie wydana **Ubezpieczonemu** karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie pisemnego skierowania od lekarza za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty 20 świadczeń medycznych spośród: konsultacji lekarskich, diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych na zasadach określonych w tabeli nr 4 **o.w.u.**

W przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego** lub rodzica **Ubezpieczonego**, rodzeństwa lub **dziecka**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabelach nr 5 i 6 zawartych w **o.w.u.**, w tym między innymi: **transporty medyczne**, zwrot kosztów peruk i protez, pomoc domową, opiekę pielęgniarki, konsultacje psychoonkologa, rehabilitację, konsultacje onkologiczno-genetyczne, test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności zdarzeń zaistniałych wskutek: nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń lekarza; spożycia leków niezauważonych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw; leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie; epidemii lub pandemii. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Za **zaawansowany nowotwór** nie uznajemy: zespołów mielodysplastycznych; nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej; nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych; zmian przednowotworowych; nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis); dysplazji dużego stopnia; środnabłonkowej neoplazji szyjki (CIN 1, 2, 3); guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości; brodawkowatego mikro-raka tarczycy; raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM; raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6); nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM; nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

#### – Powtórna opinia medyczna

**Co obejmuje ubezpieczenie:** w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** jednej z **chorób** wymienionych w załączniku nr 2 do **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących świadczeń: udzielenie **Ubezpieczonemu** informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie **powtórnej opinii medycznej**; tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski; przekazanie dokumentacji medycznej lekarzowi świadczącemu usługi medyczne poza Polską, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią odczytanie dokumentacji i jej analizę; wydanie **powtórnej opinii medycznej** przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską; tłumaczenie na język polski **powtórnej opinii medycznej**; udostępnienie **powtórnej opinii medycznej Ubezpieczonemu**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **chorób** zawartych w załączniku nr 2 do **o.w.u.**, a także nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów **powtórnej opinii medycznej**, jeśli **choroba** powstała wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; zarażenia wirusem HIV lub chorób przenoszonych drogą płciową; **wad wrodzonych** lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub do 3 roku życia; działania trucizny albo trujących gazów lub oparów; leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie; niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; przeprowadzenia zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej.

#### – Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu

**Co obejmuje ubezpieczenie:** odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:

- **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
- powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
- doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z: **wadami wrodzonymi**; przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona; leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

#### – Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku

**Co obejmuje ubezpieczenie:** pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z: przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM

**Co obejmuje ubezpieczenie:** pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** na **OIOM** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** na **OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** na **OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był związany bezpośrednio z: **wadami wrodzonymi** lub leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy

**Co obejmuje ubezpieczenie:** pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku przy pracy**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku przy pracy**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku przy pracy**, który powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu: przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku komunikacyjnego**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku komunikacyjnego**, który powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności

powstał na skutek **wypadku**; jeżeli pobyt w **szpitalu** w następstwie **wypadku komunikacyjnego** miał na celu: przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, który to pobyt rozpoczął się w **okresie ochrony**, i trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**; **wad wrodzonych**; niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem – w przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca**; a także jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem: napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego lub uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, który wystąpił w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

– **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** pobyt w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w ciągu 30 dni od:

- zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwającego co najmniej 6 dni, który był spowodowany przez **ostry zawał serca**;
- zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwającego co najmniej 10 dni, który był spowodowany przez **wypadek** lub **zabieg operacyjny**;
- zakończenia pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu** trwającego co najmniej 14 dni, który był spowodowany **udarem mózgu**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, **ostrego zawału serca**, **udaru mózgu** lub z powodu **zabiegu operacyjnego**, które powstało wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także po pobycie w **szpitalu**, który miał na celu: przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczenie skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; po pobycie w **szpitalu**, który był następstwem: napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego; uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem; zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**; **wad wrodzonych**; niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem – jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** rozpoczęty w **okresie ochrony** pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, skutkujący koniecznością zakupu leków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, w celu leczenia:

- **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
- powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
- doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kosztów **leków** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także pobytu w **szpitalu**, który związany był bezpośrednio z: **wadami wrodzonymi**; przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczeniem skutków niezastosowania się **Ubezpieczonego** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitacji, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za zwrot kosztów **leków** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **Ubezpieczonego** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

– **Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** poddanie się przez **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** – w trakcie pobytu w **szpitalu**, który trwał nie dłużej niż 5 dni – zabiegom wymienionym w załączniku nr 3 do **o.w.u.** Pokrywamy koszty: zabiegu, znieczulenia, hospitalizacji, opieki pielęgniarskiej, leków, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu, badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji, jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli przyczyną poddania się przez **Ubezpieczonego** zabiegowi był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także, jeżeli: zabieg miał na celu leczenie **wad wrodzonych**, lub schorzeń bezpośrednio związanych z **wadami wrodzonymi**; przeprowadzono zabieg chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem zabiegów mających na celu likwidację skutków **wypadków**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia, które miało miejsce w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie **Ubezpieczonego** w zakresie chirurgii jednego dnia było wynikiem **wypadku**.

#### – Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** poddanie się przez **Ubezpieczonego** w okresie ochrony zabiegowi operacyjnemu związanemu z chorobą zdiagnozowaną w okresie ochrony lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem wypadku. Zabiegi operacyjne wskazane są w załączniku nr 4 do o.w.u.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności zabiegów operacyjnych **Ubezpieczonego**, jeżeli poddanie się przez **Ubezpieczonego** zabiegowi operacyjnemu było skutkiem: **wad wrodzonych**; poprzednio wykonywanego u **Ubezpieczonego** zabiegu operacyjnego, a także nie obejmujemy zabiegów operacyjnych prowadzonych w celach diagnostycznych; zabiegów operacyjnych wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych; zabiegów operacyjnych dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej; zabiegów operacyjnych przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków wypadków; zabiegów operacyjnych cięcia cesarskiego, z wyłączeniem rozwiązania ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie; zabiegów małoinwazyjnych wykorzystujących techniki termoablacji (termolezji) lub krioblacji wybranych struktur układu nerwowego w celu zniesienia (blokowania) przewodzenia bólu, a także, jeżeli przyczyną wykonania zabiegu operacyjnego był wypadek lub choroba, które powstały wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za poddanie się przez **Ubezpieczonego** zabiegom operacyjnym w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że poddanie się zabiegom operacyjnym było następstwem wypadku. Jeżeli na skutek tego samego wypadku, choroby lub jej zaostrzeń albo powikłań, **Ubezpieczony** poddał się więcej niż 1 zabiegowi operacyjnemu w obrębie tego samego narządu, wypłacimy 1 świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia. Jeżeli na skutek choroby lub wypadku, w trakcie 1 pobytu w sali operacyjnej, **Ubezpieczony** miał przeprowadzony zabieg operacyjny dotyczący kilku narządów, wypłacimy 1 świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia.

#### – Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych

**Co obejmuje ubezpieczenie:** wystąpienie u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych wymienionych w załączniku nr 5 do o.w.u., przed upływem 3 miesięcy od wykonania zabiegu operacyjnego mającego miejsce w okresie ochrony.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności wystąpienia u **Ubezpieczonego** powikłań pooperacyjnych, jeżeli zabieg operacyjny, którego następstwem jest powikłanie pooperacyjne, został przeprowadzony wskutek: zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku; próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku, a także, jeżeli powikłanie pooperacyjne było bezpośrednim wynikiem: **wad wrodzonych; reoperacji**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** rozpoczęcie u **Ubezpieczonego** w okresie ochrony następujących metod leczenia specjalistycznego: ablacja (zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca), chemioterapia albo radioterapia w postaci przyjęcia co najmniej jednego cyklu terapeutycznego, dializoterapia trwająca przez okres co najmniej 3 miesięcy w celu leczenia przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, domowa terapia tlenem w leczeniu przewlekłej obturacji nerwy płuc i astmy o ciężkim przebiegu, pod tętnym warunkiem wskazanym w tym świadczeniu dodatkowym, leczenie metodą Gamma Knife zmian chorobowych w obrębie struktur mózgowia lub tkanek górnego odcinka kręgosłupa szyjnego, terapia interferonowa w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego (podawanie drogą pozajelitową interferonu), trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu (zabieg wewnątrzczaszkowy wykonany w celu usunięcia niedrożności w obszarze unaczynienia mózgowego), wertebroplastyka (zabieg przeprowadzony w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, wykonany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej), wszczepienie implantu ślimakowego (wszczepienie implantu ślimakowego w celu leczenia catkowitzkiej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu), wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w celu leczenia poważnych zaburzeń rytmu pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia), wszczepienie rozrusznika serca (wszczepienie urządzenia elektronicznego w postaci stymulatora w celu pobudzania i regulowania rytmu serca).

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia specjalistycznego **Ubezpieczonego**, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem: zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku; próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** rozpoczęte w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie specjalistyczne było wynikiem wypadku.

#### – Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** przeprowadzenie u **Ubezpieczonego** w okresie ochrony 1 z następujących metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego:

- ablacji (zabiegu wykonywanego za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca),
- wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w celu leczenia poważnych zaburzeń rytmu pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia),
- wszczepienia rozrusznika serca (wszczepienie urządzenia elektronicznego w postaci stymulatora w celu pobudzania i regulowania rytmu serca).

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kardiologicznego leczenia specjalistycznego **Ubezpieczonego**, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem: zatrucia się **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku; próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne **Ubezpieczonego** mające miejsce w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że kardiologiczne leczenie specjalistyczne było wynikiem wypadku.

#### – Teleopieka kardiologiczna

**Co obejmuje ubezpieczenie:** przypadku pobytu **Ubezpieczonego** w szpitalu, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, trwał co najmniej 3 dni i był następstwem **choroby** wymienionej w załączniku nr 6 do **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy na terytorium Polski i pokryjemy koszty następujących świadczeń: dostarczenia **Ubezpieczonemu** zestawu **teleopieki kardiologicznej**, przeprowadzenia telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej**, telefonicznej opieki kardiologicznej, odbioru aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej** z miejsca pobytu **Ubezpieczonego**, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony **Ubezpieczonemu**. W ramach telefonicznej opieki kardiologicznej zorganizujemy i pokryjemy koszty całodobowego dostępu do następujących usług (bez limitu ilościowego): rejestrowania w systemie telemedycznym badań przesłanych przez **Ubezpieczonego** za pomocą otrzymanego aparatu EKG, analizy tych badań, stałego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym, dostępu do informacji na temat wyniku badań pod numerem znajdującym się na aparacie EKG, archiwizacji wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, udostępnienia drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań **Ubezpieczonemu** lub wskazanemu przez niego lekarzowi lub innej osobie, wezwania pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu **Ubezpieczonego**, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu **Ubezpieczonego**, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej przez **Ubezpieczonego** osoby, przekazywania dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania **Ubezpieczonego**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 6 do **o.w.u.**, był skutkiem: leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie; zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania; epidemii lub pandemii, a także nie zorganizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt **Ubezpieczonego** w szpitalu w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 6 do **o.w.u.**, miał na celu przeprowadzenie planowego leczenia, planowych konsultacji lub planowych badań. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku

**Co obejmuje ubezpieczenie:** wystąpienie u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 7 do **o.w.u.**

Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego** wypłacimy 1% sumy **ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 7 do **o.w.u.**

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności wystąpienia u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; w odniesieniu do: urazów **leczonych tylko zachowawczo**, a następnie **leczonych operacyjnie** – nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**; **skręceń i zwłnięć** w obrębie tego samego stawu – nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 1 **wypadku** w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego; oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia – odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku

**Co obejmuje ubezpieczenie:** wystąpienie u **Ubezpieczonego** **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności wystąpienia u **Ubezpieczonego** **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący jego przyczyną powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 **urazów niepowodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**.

#### – Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku

**Co obejmuje ubezpieczenie:** **wypadek Ubezpieczonego** skutkujący poniesieniem przez **Ubezpieczonego** kosztów na terenie Polski, do których należą: honoraria lekarskie, koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza, koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza, koszty leków zaleconych przez lekarza, koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza, koszty transportu medycznego **Ubezpieczonego** środkami ratownictwa medycznego, wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **Ubezpieczonego**, koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza, koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza, koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kosztów leczenia **Ubezpieczonego** poniesionych w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie: zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny; niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego**; zakupu artykułów żywnościowych; wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **Ubezpieczonego**; pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc; leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.



#### – Świadczenia assistance i telemedycyna

**Co obejmuje ubezpieczenie:** świadczeniu za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance i telemedycyny, wymienionych w tabeli nr 8 i 9 **o.w.u.**, takich jak:

- telemedycyna,
- rehabilitacja,
- wypożyczenie albo zakup **sprzętu rehabilitacyjnego**,
- pomoc pielęgniarki i pomoc domowa po pobycie w **szpitalu**,
- dostawa leków do miejsca pobytu chorego,
- pomoc psychologa w trudnych sytuacjach losowych,
- **transporty medyczne**,
- opieka nad niepełnoletnimi **dziećmi**, osobami niesamodzielnymi i zwierzętami domowymi w czasie pobytu w **szpitalu**,
- wizyty lekarskie z dojazdem w razie **wypadku**,
- pomoc medyczna za granicą,
- infolinie: bazy assistance, zdrowe odżywianie, medyczna, pogrzebowa,

w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** następujących zdarzeń w życiu **Ubezpieczonego**:

- wystąpienia u **Ubezpieczonego, małżonka** albo **partnera** lub **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **choroby** lub **wypadku**,
- wystąpienia u **Ubezpieczonego, małżonka** albo **partnera** lub **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, trudnych sytuacji losowych,
- nasilenia u **Ubezpieczonego, małżonka** albo **partnera** lub **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, objawów chorobowych o ostrym przebiegu pozostających w bezpośrednim związku z **chorobą przewlekłą**, wymagających natychmiastowej porady lekarskiej.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kosztów świadczeń assistance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku** (wyłączenie nie dotyczy świadczeń assistance – pomoc psychologa); świadczeń poza terytorium Polski (wyłączenie nie dotyczy świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą); pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane; kosztów leków; leczenia, które jest bezpośrednim wynikiem działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza; **wad wrodzonych**; zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **Ubezpieczonego, dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych; zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS); **chorób przewlekłych**; nasza odpowiedzialność w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje: wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię, wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia zdarzenia, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie, wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych). Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Świadczenia assistance 70+

**Co obejmuje ubezpieczenie:** za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych w tabeli nr 10 **o.w.u.**, takich jak:

- dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- **transporty medyczne**,
- transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- transport do i z **sanatorium** po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- opieka osoby bliskiej po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu **sprzętu rehabilitacyjnego**,
- opieka pielęgniarki po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- pomoc domowa po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie **Ubezpieczonego** w **szpitalu**,
- refundacja kosztów za artykuły osobistego użytku,
- wizyta lekarska, wizyty pielęgniarskie,
- pomoc domowa,
- pomoc psychologa.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności: organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance poza terytorium Polski; pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane; kosztów leków; leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza; **wad wrodzonych**; zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **Ubezpieczonego** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych; zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS); **chorób przewlekłych**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Śmierć małżonka albo partnera

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci **małżonka** albo **partnera** w **okresie ochrony**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności: śmierci **małżonka** albo **partnera**, która powstała wskutek: samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza) oraz czynnego udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **małżonka** albo **partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **matłonka** albo **partnera**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **matłonka** albo **partnera** była wynikiem **wypadku**. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że śmierć **partnera** była wynikiem **wypadku**.

– **Śmierć matłonka albo partnera w następstwie wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci **matłonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **matłonka** albo **partnera**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **matłonka** albo **partnera** powstał wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Śmierć matłonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci **matłonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego **wypadku komunikacyjnego**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **matłonka** albo **partnera**, jeżeli **wypadek komunikacyjny** będący przyczyną śmierci **matłonka** albo **partnera** powstał wskutek próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Śmierć matłonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci **matłonka** albo **partnera**, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w **okresie ochrony**, o ile śmierć **matłonka** albo **partnera** nastąpi przed upływem 90 dni od daty wystąpienia **zawału serca** lub **udaru mózgu**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **matłonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, gdy **zawał serca**, lub **udar mózgu** powstał wskutek: próby samobójstwa dokonanej w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza); zatrucia się **matłonka** albo **partnera** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **matłonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**).

– **Poważne zachorowanie matłonka albo partnera**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na tym, że w **okresie ochrony** u **matłonka** albo **partnera** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 **o.w.u.** – w części „Zakres optymalny”. Na zasadach określonych w **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych w zakresie wskazanym w tabeli nr 11 **o.w.u.**

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do **o.w.u.**, a także nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **matłonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **matłonka** albo **partnera choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **partnera choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **matłonek** albo **partner** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.

– **Leczenie matłonka albo partnera w szpitalu**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na pobyci **matłonka** albo **partnera** w szpitalu, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:

- **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
- powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
- doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności pobytu w **szpitalu**, który był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z: **wadami wrodzonymi**; przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczeniem skutków niezastosowania się **matłonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitacją, niezależnie od

charakteru placówki, w której była prowadzona; jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że pobyt **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

#### – Leczenie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobycie **matłonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności pobytu w **szpitalu**, który był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu: przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczenie skutków niezastosowania się **matłonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Trwały uszczerbek na zdrowiu **matłonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na wystąpieniu u **matłonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, wymienionego w załączniku nr 7 do **o.w.u.**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku**. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu matłonka** albo **partnera** **Ubezpieczonego** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu matłonka** albo **partnera**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności wystąpienia u **matłonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**; w odniesieniu do: urazów **leczonych tylko zachowawczo**, a następnie **leczonych operacyjnie** – nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie: skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu – nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 1 **wypadku** w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego; oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia – odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Koszty leczenia **matłonka** albo **partnera** poniesione w Polsce w następstwie **wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na wypadku **matłonka** albo **partnera** skutkującym poniesieniem przez **Ubezpieczonego** kosztów na terenie Polski, do których należą: honoraria lekarskie, koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza, koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza, koszty leków zaleconych przez lekarza, koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza, koszty transportu medycznego **matłonka** albo **partnera** środkami ratownictwa medycznego, wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **matłonka** albo **partnera**, koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza, koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza, koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kosztów leczenia poniesionych w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek: próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **matłonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**, a także kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie: zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny; niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **matłonka** albo **partnera**; zakupu artykułów żywnościowych; wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **matłonka** albo **partnera**; pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc; leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

#### – Urodzenie się dziecka

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na urodzeniu się **Ubezpieczonego** dziecka w **okresie ochrony**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na:

- urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka**,
  - urodzeniu przez **Ubezpieczonego** **dziecka z wadą wrodzoną**,
  - zdiagnozowaniu u **Ubezpieczonego** **depresji poporodowej** po urodzeniu dziecka;
  - urodzeniu **dziecka** przez **matłonkę** albo **partnerkę**;
  - urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną** przez **matłonkę** albo **partnerkę**;
  - zdiagnozowaniu u **matłonki** albo **partnerki** **depresji poporodowej** po urodzeniu dziecka przez **matłonkę** albo **partnerkę**;
- za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty świadczeń assistance wymienionych w tabeli nr 12 i 13 **o.w.u.**, takich jak:

- zajęcia z trenerem fitness (po **urodzeniu dziecka**),
- konsultacje pielęgniarsko-położnicze (po **urodzeniu dziecka**),
- pomoc domowa (po **urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną**),
- wizyta pielęgniarki albo położnej (po **urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną**),
- **transporty medyczne dziecka** (po **urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną**),
- proces rehabilitacyjny **dziecka** (po **urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną**),
- pomoc psychologa (po **urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną**),
- pomoc psychologa (po zdiagnozowaniu **depresji poporodowej** po **urodzeniu dziecka**),
- zwrot kosztu leków (po zdiagnozowaniu **depresji poporodowej** po **urodzeniu dziecka**).

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka** w okresie 9 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

– **Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na **urodzeniu się dziecka z niską oceną w skali Apgar** w okresie ochrony.

– **Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na zdiagnozowaniu w **okresie ochrony** u **dziecka** przed ukończeniem przez **dziecko** 6 roku życia, **wady wrodzonej** wymienionej w załączniku nr 8 do **o.w.u.**

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności **wady wrodzonej**, która powstała na skutek: nieprzestrzegania przez matkę biologiczną w okresie ciąży zaleceń lekarza; zarażenia **dziecka** w okresie zarodkowym lub płodowym wirusem HIV, a także nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **wada wrodzona** została zdiagnozowana u **dziecka** przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

– **Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na **poronieniu** albo **urodzeniu się** martwego dziecka w **okresie ochrony**. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego martwego **dziecka**, świadczenie wypłacimy odrębnie za każde **urodzone martwe dziecko**. W przypadku **poronienia** w ciąży mnogiej wypłacimy jedno świadczenie, niezależnie od liczby poronionych płodów.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności, jeśli **Ubezpieczony** umyślnie spowodował **poronienie** albo **urodzenie się martwego dziecka**.

– **Śmierć dziecka**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci żywo urodzonego **dziecka** w **okresie ochrony**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **dziecka**, która powstała wskutek samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **dziecka** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza) oraz czynnego udziału **dziecka** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **dziecka** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **dziecka** była wynikiem **wypadku**.

– **Śmierć dziecka w następstwie wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci żywo urodzonego **dziecka** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Poważne zachorowanie dziecka**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na zdiagnozowaniu w **okresie ochrony** u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **choroby** lub przeprowadzeniu zabiegów, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do **o.w.u.** Na zasadach określonych w **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych w zakresie wskazanym w tabeli nr 14 **o.w.u.**

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do **o.w.u.**, a także nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek: zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS); **wad wrodzonych**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **dziecka choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia, zmarło w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.

– **Leczenie dziecka w szpitalu**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka** w **szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 roku życia, w celu leczenia:

- **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
- powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
- doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności leczenia **dziecka** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z: **wadami wrodzonymi**; przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczeniem skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **dziecka** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **dziecka** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

– **Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień i rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka** w **szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 lat, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności pobytu w **szpitalu**, który miał na celu: przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; leczenie skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia; rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na wystąpieniu u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **uszczerbku na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku**, który to uszczerbek ujawnił się w okresie 180 dni od dnia **wypadku**, wymienionego w załączniku nr 9 do **o.w.u.** Za każdy 1% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, **Ubezpieczonemu** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **uszczerbku na zdrowiu dziecka**. Wysokość **uszczerbku na zdrowiu dziecka** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 9 do **o.w.u.**

W przypadku zdarzenia w życiu **Ubezpieczonego** polegającego na pogryzieniu **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, przez psa dodatkowo wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości 400 zł, jeżeli w wyniku pogryzienia przez psa powstały u **dziecka** rany.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI. W razie wystąpienia kilku **uszczerbków na zdrowiu dziecka** w następstwie 1 **wypadku**, wskazane w tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do **o.w.u.**, wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do 100%. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do **o.w.u.**, za amputację i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność jest wówczas ograniczona do tego z doznanych przez **dziecko uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do **o.w.u.**, za uraz narządu ruchu powodujący **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 9 do **o.w.u.**, przypisana jest najwyższa wartość procentowa. Procent **uszczerbku na zdrowiu dziecka** oceniony według tabeli stanowiącej załącznik nr 9 do **o.w.u.** za ranę miażdżoną (tj. charakteryzującą się zmiażdżeniem brzegów rany i tkanki podskórnej) nie podlega sumowaniu z innymi pozycjami dotyczącymi tego samego narządu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 9 do **o.w.u.** przypisana jest najwyższa wartość procentowa. W odniesieniu do nawykowych zwichnięć narządu ruchu powodujących **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego urazu tego samego narządu w każdym roku polisowym w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

– **Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na **wypadku dziecka**, które w dniu **wypadku** nie ukończyło 25. roku życia, skutkujące poniesieniem przez **Ubezpieczonego** kosztów na terenie Polski, do których należą: honoraria lekarskie, koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza, koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza, koszty leków zaleconych przez lekarza, koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza, koszty transportu medycznego **dziecka** środkami ratownictwa medycznego, wymaganymi w danych okolicznościach na skutek stanu zdrowia **dziecka**, koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza, koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza, koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza prowadzącego w procesie leczenia powypadkowego.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie: zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**; zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny; niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**; zakupu artykułów żywnościowych; wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **dziecka**; pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc; leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Osierocenie dziecka**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** śmierć **Ubezpieczonego** w **okresie ochrony** skutkująca osieroceniem **dziecka**, które w dniu śmierci **Ubezpieczonego** nie ukończyło 25 roku życia albo było **całkowicie niezdolne do pracy** (bez względu na wiek **dziecka**). Świadczenie może być wypłacone, w zależności od postanowień **umowy**, w formie jednorazowej lub w formie **renty** płatnej przez okres 60 miesięcy od śmierci **Ubezpieczonego**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **Ubezpieczonego**, w wyniku samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza). Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– **Śmierć rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego w następstwie wypadku**

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu **Ubezpieczonego** polegające na śmierci **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego**, w wyniku próby samobójstwa, samo-okaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „**Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?**” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

– Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci rodzica Ubezpieczonego lub śmierci rodzica małżonka albo rodzica partnera w okresie ochrony.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności śmierci rodzica Ubezpieczonego lub śmierci rodzica małżonka albo rodzica partnera, która powstała wskutek: samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy lub od daty rozszerzenia zakresu umowy o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza); czynnego udziału rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera była wynikiem wypadku. W razie wskazania partnera później niż w dacie rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany partnera) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć rodzica partnera, która nastąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego partnera (w tym oświadczenia w zakresie zmiany partnera), chyba że śmierć rodzica partnera była wynikiem wypadku. Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

– Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci rodzica Ubezpieczonego lub śmierci rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia wypadku.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności sytuacji opisanych niżej w części „Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń.

– Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** za pośrednictwem centrum operacyjnego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń związanych z zaistniałymi w okresie ochrony zdarzeniami w życiu Ubezpieczonego dotyczącymi rodzica Ubezpieczonego, wymienionymi w tabeli nr 15 o.w.u. takich jak:

- dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- pomoc w opłacaniu rachunków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- transporty medyczne,
- transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- transport do i z sanatorium po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- opieka osoby bliskiej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego,
- organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- opieka pielęgniarki po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- pomoc domowa po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu,
- dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu.
- refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby,
- wizyta lekarska, wizyty pielęgniarskie,
- pomoc domowa,
- pomoc psychologa.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności: organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance poza terytorium Polski; pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane; kosztów leków; leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza; wad wrodzonych; zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez rodzica Ubezpieczonego zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych; zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS); chorób przewlekłych. Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Nasza odpowiedzialność w każdym roku polisowym w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 rodziców Ubezpieczonego, którzy jako pierwsi skorzystali ze świadczeń assistance w danym roku polisowym.

– Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego

**Co obejmuje ubezpieczenie:** zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na zdiagnozowaniu u rodzica Ubezpieczonego w okresie ochrony choroby lub przeprowadzeniu zabiegu, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do o.w.u. – w części „Poważne zachorowanie rodzica”. Na zasadach określonych w o.w.u., a za pośrednictwem centrum operacyjnego, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych w zakresie wskazanym w tabeli nr 16 o.w.u.

**Czego nie obejmuje ubezpieczenie:** w szczególności przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji poważnych zachorowań zawartych w załączniku nr 1 do o.w.u., a także nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych assistance za zdiagnozowanie u rodzica Ubezpieczonego lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Ubezpieczenie nie obejmuje również sytuacji opisanych niżej w części „Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?” w zakresie dotyczącym OGÓLNYCH WYŁĄCZEŃ NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u rodzica Ubezpieczonego choroby lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony w zakresie tego świadczenia dodatkowego, odpowiadamy wyłącznie za choroby lub zabiegi będące wynikiem wypadku. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną chorobę lub przeprowadzony zabieg, jeżeli rodzic Ubezpieczonego zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej choroby lub przeprowadzenia tego zabiegu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tą samą chorobę lub ten sam zabieg.

### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczeń dodatkowych?

Pełne informacje o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności Allianz, w tym o okresach karencji, zawierają o.w.u. W treści o.w.u., w części dotyczącej poszczególnych świadczeń dodatkowych, znajdują się rozdziały zatytułowane CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ – tam znajdziesz postanowienia o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności Allianz, w tym o karencjach, mających zastosowanie tylko do danego świadczenia dodatkowego. Dodatkowo, w § 56-60 o.w.u. (część o.w.u. zatytułowana OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI), znajdują się postanowienia o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności Allianz, wspólnych dla wszystkich świadczeń dodatkowych. Te ogólne wyłączenia naszej odpowiedzialności mają zastosowanie w ramach poszczególnych świadczeń dodatkowych, w takim zakresie, w jakim w treści o.w.u., w części dotyczącej poszczególnych świadczeń dodatkowych, odwołujemy się do nich. Wśród ogólnych wyłączeń naszej odpowiedzialności znajdują się w szczególności wyłączenia naszej odpowiedzialności za:

1. za zdarzenia, które powstały wskutek:

- a) działania Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
  - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
  - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony (lub odpowiednio małżonek albo partner, lub dziecko, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzic Ubezpieczonego lub rodzic małżonka albo rodzic partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych;
  - d) popełnienia przez Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecko, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
  - e) czynnego udziału Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, przebywania Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach;
  - f) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecko, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) lub udziału Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
  - g) wykonywania przez Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) pracy lub obowiązków jako:
    - żołnierz, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
    - ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
    - sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
    - saper, pirotechnik, nurek, kaskader,
    - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych,lub w związku z pracą Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe):
    - z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
    - pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym;
  - h) uczestniczenia Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecka, lub rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, w tym również w ramach jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
  - i) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - j) prowadzenia przez Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecko, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecko, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie wypadku.
2. zdarzenia będące następstwem choroby, która powstała wskutek:
- a) poddania się przez Ubezpieczonego (lub odpowiednio małżonka albo partnera, lub dziecko, lub rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, lub rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera – w zależności kogo dotyczy dane świadczenie dodatkowe) leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
  - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
  - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.