SPIS TREŚCI:

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Spokojne Życie” 2
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 8
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego 10
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu 12
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Całkowitego Osierocenia Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Osierocenia Dziecka 14
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 16
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu 18
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu
– Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu 20
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu 23
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu 26
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego 27
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka 32
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego 34
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego 36
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 38
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Rodzica lub Teścia 40
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałej Niezdolności do Pracy lub Samodzielnej Egzystencji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 42
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wybuchu Gazu lub Zatrucia Tlenkiem Węgla 44
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu 46
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu 49
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 50
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznej Ubezpieczonego 52
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznej Ubezpieczonego – Lista operacji 54
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera Życiowego 64
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka 70
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego wskutek Wypadku Komunikacyjnego 73
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Rodzica lub Teścia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 75
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Dziecka 77
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 79
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Urodzenia Wnuka 81
Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Wypadek Nowotworów oraz Chorób Układu Krążenia 83
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Assistance Medycznego 85
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Assistance Medycznego 91
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Spokojne Życie” – Tabela uszczerbków wskutek nieszczęśliwego wypadku 92

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „SPOKOJNE ŻYCIE”
OWU_G_GO_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2, 3, 5 § 10 ust. 1–5, 9–10 § 11 ust. 2–6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 1 pkt 1–2, 4–5, 9–13, 16–17, 22–24, 26, 31–32 § 5 § 6 ust. 3–7, 11–21 § 7 ust. 3–5 § 8 § 10 ust. 2–4, 11 § 11 ust. 6

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „SPOKOJNE ŻYCIE”, zwane dalej **OWU** lub **OWU Główne**, mają zastosowanie do grupowych umów ubezpieczenia na życie zawieranych pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną, zwaną dalej **Towarzystwem**, a Pocztą Polską Dystrybucją Spółką Akcyjną, zwaną dalej **Ubezpieczającym**.
2. Grupowa umowa ubezpieczenia na życie, do której zastosowanie mają niniejsze OWU, dalej zwana **Umową** lub **Umową Główną**, jest zawierana na rachunek Ubezpieczonych.
3. Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa Umowa Główna może zostać rozszerzona o Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.

Definicje

§ 2

1. Użyte w OWU określenia oznaczają:
   1) **akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;
   2) **akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;
   3) **certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy;
   4) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego (czynnika chorobotwórczego), prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
   5) **choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 6 miesięcy. Diagnoza

lub rokowania muszą być postawione przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą. Za dzień wystąpienia choroby śmiertelnej uważa się dzień diagnozy lub rokowań;

6) **ciągłość ochrony ubezpieczeniowej** – oznacza okres ubezpieczenia z tytułu Umowy Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie, który trwał co najmniej 6 miesięcy i zakończył się nie wcześniej niż 1 miesiąc przed rozpoczęciem udzielania ochrony względem danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy;
7) **deklaracja przystąpienia** – pisemna deklaracja zgody Ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy, w której osoba przystępująca do Umowy wybiera jeden z dostępnych wariantów ubezpieczenia;
8) **diagnostyka** – postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe służące ustaleniu rozpoznania choroby lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie choroby;
9) **dziecko** – dziecko biologiczne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku gdy kontynuuje naukę – nie ukończyło 25 roku życia;
10) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
11) **karencja** – okres, w którym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenia ubezpieczeniowe, z wyłączeniem zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem;
12) **małżonek** – osoba pozostająca w chwili zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w związku małżeńskim z Ubezpieczonym, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, nieobjęta orzeczeniem o separacji;
13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
14) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
15) **okres ubezpieczenia z tytułu Umowy Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie** – okres, w którym Towarzystwo udzielało danemu Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach jego uczestnictwa w Umowie Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie. Początek tego okresu określony jest na certyfikacie uczestnictwa wystawionym do Umowy Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie. Koniec tego okresu to dzień, w którym Towarzystwo zakończyło udzielać Ubezpieczonemu ochrony zgodnie z zapisami Ogólnych Warunków Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie;
16) **partner życiowy** – osoba wskazana imiennie w deklaracji przystąpienia, pozostająca z Ubezpieczonym w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym pożyciu. Partner życiowy i Ubezpieczony nie mogą być ze sobą spokrewnieni w linii prostej lub bocznej, do drugiego stopnia włącznie, ani pozostawać w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu z inną osobą. Ubezpieczony ma prawo zmienić wskazanie partnera życiowego po upływie 24 miesięcy, licząc od dnia poprzedniego wskazania, składając Towarzystwu stosowne oświadczenie;
17) **pojazd** – rozumiany zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
18) **poszukujący ochrony ubezpieczeniowej** – osoba, która wyraziła wobec agenta ubezpieczeniowego wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią Umowy;
19) **pracownik z Grupy Poczty Polskiej** – osoba zatrudniona w Poczcie Polskiej S.A., Banku Pocztowym S.A., Pocztowym Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie, Pocztowym Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych lub agencji pocztowej;
20) **roczny okres ubezpieczenia** – okres kolejnych 12 miesięcy kalendarzowych rozpoczynający się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca a kończący się w dniu poprzedzającym dzień, w którym przypada najbliższa rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności wobec danego Ubezpieczonego;
21) **składka** – kwota, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
22) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3;
23) **stan po użyciu alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3;
24) **suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą do wyliczenia wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wskazana dla wybranego wariantu ubezpieczenia i potwierdzona w certyfikacie;
25) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarta została Umowa, a przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie tej osoby;
26) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii i komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).
    Za udar mózgu w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się:
    a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
    b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
    c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
    d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
27) **Umowa Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenie na Życie, poprzednia umowa ubezpieczenia** – umowa generalna Grupowego Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie nr 1/2015 zawarta w dniu 17 marca 2015 roku w Warszawie pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a Pocztowymi Usługami Finansowymi Sp. z o.o. (oraz jej następcami prawnymi), potwierdzona polisami nr: 2199N00000006, 2199N00000013, 2199N00000010;
28) **Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, rozszerzająca zakres Umowy Głównej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
29) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
30) **uprawniony** – Uposażony lub osoba wskazana w § 10 ust. 5;
31) **wskazany lekarz** – lekarz wskazany przez Towarzystwo;
32) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z następujących klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
    a) objawy kliniczne niedokrwienia serca,
    b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne

zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji;

33) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego oraz każde inne zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy lub Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
   1) śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia;
   2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia choroby śmiertelnej.
3. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony na warunkach określonych w Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Zakres ubezpieczenia i wysokość sum ubezpieczenia Ubezpieczony wybiera w deklaracji przystąpienia. Towarzystwo potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego certyfikatem.
5. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci świadczenie, którego wysokość zostanie ustalona na podstawie sumy ubezpieczenia określonej dla tego zdarzenia oraz zasad zawartych w OWU i w odpowiednich Umowach Ubezpieczeń Dodatkowych.

Umowa

§ 4

1. Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy, liczony od pierwszego dnia kalendarzowego danego miesiąca, a kończący się ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia Umowy. Czas trwania określony został w Umowie.
2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, Umowa ulega przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy, liczonych w sposób, o którym mowa w ust. 1, o ile żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy.
3. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy musi zostać złożone najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta.
4. Zasada, o której mowa w ust. 2 i 3, ma zastosowanie do kolejnych 12 miesięcznych okresów obowiązywania Umowy.

Przystąpienie do Umowy

§ 5

1. Do Umowy może przystąpić osoba, która złożyła deklarację przystąpienia na formularzu Towarzystwa, a ponadto na dzień złożenia deklaracji przystąpienia:
   1) ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 64 roku życia;
   2) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, na rekonwalescencji, nie podlega opiece paliatywnej;
   3) nie ma orzeczonej całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy wydanej przez organ uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy.
2. Do Umowy nie może przystąpić osoba, która wykonuje jeden z poniżej wymienionych zawodów lub czynności: agent ochrony posługujący się bronią, artysta cyrkowy, bokser, cieśla, dekarz, drwal, dżokej, elektryk pracujący przy napięciach powyżej 1 kW, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, kaskader, kierowca wyścigowy lub rajdowy, kominiarz, korespondent wojenny, marynarz, operator spychacza lub koparki, pilot lub personel latający lotów innych niż rejsowe, pirotechnik, pracownik platformy wiertniczej, pracownik tartaku, ratownik górski lub morski, rybak, spadochroniarz, spawacz lub monter konstrukcji, a także osoba wykonująca zawód związany z wykonywaniem prac pod wodą, pod ziemią, na wysokościach powyżej 10 metrów, jak również zatrudniona przy wydobyciu i przetwórstwie kruszyw oraz rozbiórkach budynków.
3. Do Umowy może przystąpić przechodzący na emeryturę pracownik z Grupy Poczty Polskiej oraz jego małżonek albo partner życiowy lub pełnoletnie dziecko, który złoży deklarację przystąpienia na formularzu Towarzystwa, a ponadto na dzień złożenia deklaracji przystąpienia:
   1) nie ukończył 66 roku życia;
   2) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, na rekonwalescencji, nie podlega opiece paliatywnej;
   3) nie ma orzeczonej całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy wydanej przez organ uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy;
   4) był ubezpieczony minimum rok w ramach: umowy generalnej Grupowego Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie nr 1/2015 zawartej w dniu 17 marca 2015 roku w Warszawie pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a Pocztowymi Usługami Finansowymi Sp. z o.o. (oraz jej następcami prawnymi), potwierdzonej polisami nr: 2199N00000006, 2199N00000013, 2199N00000010 lub umowy Pocztowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie dla Agencji Pocztowych zawartej pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a Centrum Rozliczania Ubezpieczeń Sp. z o.o. z dnia 19 lipca 2019 roku, lub umowy generalnej Grupowego Pracowniczego Ubezpieczenia na Życie zawartej pomiędzy Pocztowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a Bankiem Pocztowym S.A., potwierdzonej polisą nr 2299N00000035 (dalej umowa dla Grupy Poczty Polskiej);
   5) ochrona ubezpieczeniowa udzielana z tytułu umowy dla Grupy Poczty Polskiej zakończyła się, a okres między zakończeniem ochrony z tytułu umowy dla Grupy Poczty Polskiej a przystąpieniem do niniejszej Umowy był nie dłuższy niż 1 miesiąc.

Okres ubezpieczenia

§ 6

1. Okres ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, rozpoczyna się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca, następującego po miesiącu, w którym do Towarzystwa wpłynęła deklaracja przystąpienia, o ile za Ubezpieczonego zapłacono pierwszą składkę.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy objęcia danej osoby ochroną ubezpieczeniową, jeżeli nie spełnia ona kryteriów określonych w Umowie lub OWU. Decyzja Towarzystwa następuje niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia przekazania Towarzystwu deklaracji przystąpienia. W przypadku niepoinformowania Ubezpieczonego przez Towarzystwo o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową w powyższym terminie uważa się, że Towarzystwo objęło Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego.
4. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
5. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego choroby śmiertelnej Ubezpieczonego.
6. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3, nie mają zastosowania zapisy ust. 3 i 5.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
   1) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy;
   2) w dniu śmierci Ubezpieczonego;

3) wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, za który Towarzystwo nie otrzymało należnych składek za danego Ubezpieczonego, pod warunkiem wezwania Ubezpieczającego przez Towarzystwo do zapłaty zgodnie z § 9 ust. 8, ale nie wcześniej niż z upływem dodatkowego terminu określonego w tym wezwaniu;
4) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat, z zastrzeżeniem pkt 5 i 6;
5) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Pakietu Senior 1, z zastrzeżeniem pkt 6;
6) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 lat, w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Pakietu Senior 2;
7) w dniu rozwiązania Umowy;
8) w ostatnim dniu miesiąca, w którym do Towarzystwa wpłynęła rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej.

8. Ubezpieczony może złożyć pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym rezygnacja wpłynęła do Towarzystwa.
9. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy wyłącznie raz.
10. Ubezpieczony może zmienić wariant ubezpieczenia wyłącznie w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 11, 12 i 13.
11. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach jednego wariantu i w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zmienił ten wariant na inny, wówczas w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego oraz zdarzenia ubezpieczeniowego choroby śmiertelnej, które były przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariancie, karencja określona w ust. 3 i 5 obowiązuje w stosunku do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant przewiduje wyższe wysokości świadczeń dla tych zdarzeń ubezpieczeniowych.
12. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach jednego wariantu i w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zmienił ten wariant, a dotychczasowy wariant nie obejmował zdarzeń, które w zmienionym wariancie są przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej, wówczas w odniesieniu do zdarzeń, które nie były objęte ochroną ubezpieczeniową, obowiązują karencje określone we właściwej Umowie Ubezpieczenia Dodatkowego.
13. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach jednego wariantu i w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zmienił ten wariant na inny, wówczas w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia, które było przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariancie, karencja określona we właściwych Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego obowiązuje do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant przewiduje wyższe wysokości świadczeń.
14. W związku z osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku, o którym mowa w ust. 7 pkt 4, ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach Pakietu Senior 1 na zasadach opisanych w ust. 15.
15. W okresie co najmniej 30 dni przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku, o którym mowa w ust. 7 pkt 4, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach. W przypadku wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego na zmienione warunki zakres ubezpieczenia będzie obejmował poniższe zdarzenia ubezpieczeniowe:
    1) śmierć Ubezpieczonego;
    2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
    3) śmierć Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla;
    4) niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku;
    5) śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego;
    6) śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
16. W propozycji przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach Towarzystwo określi: nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokościami świadczeń oraz wysokością składki wynikającej z zaproponowanej zmiany.
17. W przypadku braku zgody Ubezpieczonego na zmieniony wariant ubezpieczenia wskazany w ust. 15, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat.
18. W stosunku do Ubezpieczonego kontynuującego Umowę oraz w związku z osiągnięciem przez niego wieku, o którym mowa w ust. 7 pkt 5, ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach Pakietu Senior 2 na zasadach opisanych w ust. 19.
19. W okresie co najmniej 30 dni przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku, o którym mowa w ust. 7 pkt 5, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach. W przypadku wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego na zmienione warunki zakres ubezpieczenia będzie obejmował poniższe zdarzenia ubezpieczeniowe:
    1) śmierć Ubezpieczonego;
    2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
    3) niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku.
20. W propozycji przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach Towarzystwo określi: nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokościami świadczeń oraz wysokością składki wynikającej z zaproponowanej zmiany.
21. W przypadku braku zgody Ubezpieczonego na zmieniony wariant ubezpieczenia wskazany w ust. 19, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat.

Pakiety dodatkowe

§ 7

1. Ubezpieczonemu przysługuje rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy o pakiety dodatkowe.
2. Poprzez przystąpienie do pakietu dodatkowego/pakietów dodatkowych Ubezpieczony ma możliwość wyboru dodatkowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczony może wybrać wyłącznie jeden z wariantów danego pakietu dodatkowego.
3. Ubezpieczony może zmienić wariant pakietu dodatkowego wyłącznie w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, o ile pomiędzy rozszerzeniem ochrony ubezpieczeniowej o ten pakiet dodatkowy a rocznicą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej minęło co najmniej 6 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Rezygnacja z pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z wystąpieniem przez Ubezpieczonego z tego pakietu z upływem miesiąca kalendarzowego, w którym składa rezygnację. Ponowne przystąpienie do takiego samego pakietu dodatkowego możliwe jest po 12 miesiącach od wystąpienia przez Ubezpieczonego z danego pakietu dodatkowego.
5. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach jednego wariantu pakietu dodatkowego i w rocznicę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zmienił ten wariant pakietu dodatkowego na inny, wówczas w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia, które było przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariancie pakietu dodatkowego, karencja określona we właściwych Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego obowiązuje wyłącznie w stosunku do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant pakietu dodatkowego przewiduje wyższe wysokości świadczeń.
6. Do zmiany wariantu pakietu dodatkowego dochodzi poprzez przystąpienie przez Ubezpieczonego do nowego wariantu pakietu dodatkowego. Zmiana wariantu pakietu dodatkowego następuje na wniosek Ubezpieczonego wyrażony w deklaracji przystąpienia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 8

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru,
2) samobójstwa Ubezpieczonego, które nastąpiło:
    a) przed upływem 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach

poprzedniej umowy ubezpieczenia i została zachowana ciągłość ochrony ubezpieczeniowej albo

b) przed upływem 2 lat od dnia rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia.

Składka

§ 9

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową każdego z Ubezpieczonych w wysokości i w terminie ustalonym w Umowie.
2. Składka płatna jest miesięcznie przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Składka finansowana jest przez Ubezpieczonego.
3. Pierwsza składka za danego Ubezpieczonego płatna jest w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym złożono deklarację przystąpienia.
4. Każda następna składka za danego Ubezpieczonego płatna jest z góry, w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
5. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień, w którym składka za danego Ubezpieczonego została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej należnej wysokości.
6. Wysokość składki jest stała dla danego wariantu ubezpieczenia i ustalona jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie odpowiednich danych statystycznych, wysokości sum ubezpieczenia i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego, w tym ograniczeń odpowiedzialności wynikających z zastosowanych okresów karencji.
7. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa może ono podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
8. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki za danego Ubezpieczonego Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty, informując go jednocześnie o skutkach nieopłacenia należnej składki, określonych w § 6 ust. 7 pkt 3.

Wypłata świadczenia

§ 10

1. W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. W razie zdiagnozowania w okresie ubezpieczenia choroby śmiertelnej u Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego aktualnej w dniu zdiagnozowania choroby śmiertelnej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po wypłacie świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia pomniejszonej o wypłaconą już kwotę z tytułu choroby śmiertelnej.
4. Przy obliczaniu wysokości świadczeń uwzględnia się zasady określone w OWU lub w odpowiednich Umowach Ubezpieczeń Dodatkowych oraz wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Towarzystwo zobowiązane jest spełnić świadczenie w terminie wskazanym w Umowie, jednak nie dłuższym niż 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 5, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z ubezpieczenia.
9. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia jest dostarczenie Towarzystwu:
   1) wniosku o wypłatę świadczenia;
   2) dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazanych przez Towarzystwo na właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia lub na stronie internetowej Towarzystwa bądź w piśmie, o którym mowa w ust. 7;
   3) dodatkowo w przypadku choroby śmiertelnej – zaświadczenie lekarza lub inną dokumentację medyczną potwierdzającą, że kontynuowane jest wyłącznie leczenie paliatywne.
10. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo może:
    1) zwrócić się do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa, w tym zwłaszcza dokumentów medycznych koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
    2) w przypadku Umów Ubezpieczeń Dodatkowych – skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u wskazanych lekarzy na koszt Towarzystwa.
11. W przypadku całkowitej odmowy lub odmowy wypłaty części świadczenia Towarzystwo informuje o tym pisemnie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Uprawniony

§ 11

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wskazywania i zmiany Uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym w udziałach procentowych określonych przez Ubezpieczonego.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił udziału każdego z nich w kwocie świadczenia, uznaje się, że wszystkie udziały w wypłacanym świadczeniu są równe.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, jego udział przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
5. Jeżeli nie wskazano Uposażonych bądź wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, to świadczenie jest wypłacane członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
   1) małżonkowi, a w razie jego braku
   2) dzieciom (w częściach równych), a w razie ich braku
   3) rodzicom (w częściach równych), a w razie ich braku
   4) innym ustawowym spadkobiercom.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

Prawa i obowiązki stron Umowy

§ 12

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
   1) doręczenia Ubezpieczonemu OWU oraz ogólnych warunków Umów Ubezpieczeń Dodatkowych na piśmie lub na innym trwałym nośniku przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy;
   2) przekazywania do Towarzystwa deklaracji osób przystępujących do Umowy;
   3) udostępniania Ubezpieczonym treści Umowy w zakresie, w jakim dotyczy ona praw i obowiązków Ubezpieczonego;
   4) informowania Ubezpieczonych o zakresie odpowiedzialności i warunkach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy

ze szczególnym uwzględnieniem zmian warunków Umowy, zmian wartości świadczeń lub zmian prawa właściwego dla Umowy;
5) informowania Ubezpieczonych, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy, o zakresie zmian warunków Umowy;
6) informowania Ubezpieczonych o zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej lub o jej przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy;
7) informowania Towarzystwa o zmianie swoich danych oraz, zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych osobowych Ubezpieczonych, Uposażonych;
8) przekazywania do Towarzystwa składek w uzgodnionych terminach;
9) przekazywania na wniosek Towarzystwa innych dokumentów.

2. Towarzystwo jest zobowiązane do:
1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy;
2) przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej lub za zgodą Ubezpieczającego na innym trwałym nośniku informacji dotyczącej warunków Umowy oraz zmiany warunków Umowy, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wartości świadczeń lub zmiany prawa właściwego dla Umowy;
3) informowania Ubezpieczonego lub uprawnionego o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, jeżeli takie zdarzenia zostaną zgłoszone;
4) zawiadamiania Ubezpieczonego lub uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części;
5) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Towarzystwa, przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym.

Odstąpienie od Umowy

§ 13

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Wypowiedzenie Umowy

§ 14

Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu, z zachowaniem 3-miesięcznego terminu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Reklamacje i spory

§ 15

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu lub poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, dalej łącznie nazywanym „składającym reklamację", przysługuje prawo do wniesienia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym w szczególności dotyczące ustalenia odpowiedzialności, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1.
3. Reklamacja może być złożona:
1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1 albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 Ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe;
2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 2;
3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej:
– adres e-mail: poczta@ubezpieczeniapocztowe.pl,
– poprzez stronę internetową: www.ubezpieczeniapocztowe.pl.

4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Wyłącznie na wniosek składającego reklamację Towarzystwo może udzielić odpowiedzi pocztą elektroniczną.
5. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

7. Składającemu reklamację będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku: nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację lub niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą zgłaszającego reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację (nie dłuższym niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi).
8. Na wniosek składającego reklamację będącego osobą fizyczną spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: https://rf.gov.pl).

Postanowienia końcowe

§ 16

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego, lub miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
2. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa dostępne jest w siedzibie Towarzystwa.
4. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.
5. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU świadczenia przysługujące z tytułu Umowy opodatkowane są na zasadach wskazanych w:
1) Ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (w odniesieniu do osób fizycznych) albo
2) Ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych (w odniesieniu do osób prawnych).

6. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
OWU G_GO_SNW_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2, 3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU SNW**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU SNW mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU SNW przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane

na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SNW zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SNW zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
OWU G_GO_SNWK_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2, 3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, zwane dalej **OWU SNWK**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU SNWK stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU SNWK mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU SNWK przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – baloniarstwo, lotniarstwo, motolotnictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
   2) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;
   3) **wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem pojazdu będącego w ruchu, będące

bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszej definicji wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez pojazd.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem że:
   1) wypadek komunikacyjny, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku komunikacyjnego;
   3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SNWK zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SNWK zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU
OWU_G_GO_SZU_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2, 3 § 4 ust. 2 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, zwane dalej **OWU SZU**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU SZU stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU SZU mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU SZU przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie,

spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, pod warunkiem że:
   1) zawał serca lub udar mózgu, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpiła w okresie 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
   3) pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
   2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
   3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2;
   5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania sportu przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.
2. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, która nastąpiła wskutek chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu zawału serca lub udaru mózgu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu. W przypadku Ubezpieczonych, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w trakcie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
4. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 3.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SZU zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SZU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA CAŁKOWITEGO OSIEROCENIA DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB OSIEROCENIA DZIECKA
OWU_G_GO_ODCOD_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–4 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Całkowitego Osierocenia Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Osierocenia Dziecka, zwane dalej **OWU ODCOD**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** osierocenia dziecka.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU ODCOD stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU ODCOD mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU ODCOD przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **całkowite osierocenie dziecka** – osierocenie dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony był jedynym żyjącym rodzicem dziecka lub jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku śmierć ponieśli oboje rodzice dziecka Ubezpieczonego;
   2) **osierocenie dziecka** – śmierć Ubezpieczonego, jeżeli w chwili swojej śmierci miał on co najmniej jedno dziecko.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje całkowite osierocenie dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub osierocenie dziecka.
3. W przypadku osierocenia dziecka w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka każdemu osieroconemu dziecku.
4. W przypadku całkowitego osierocenia dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie ubezpieczenia Towarzystwo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 4, wypłaci jednorazowe dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu całkowitego osierocenia dziecka każdemu osieroconemu dziecku.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 OWU Głównego.
2. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego osierocenia dziecka. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i pod warunkiem, że ryzyko osierocenia dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego osierocenia dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
3. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 2.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU ODCOD zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU ODCOD zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
OWU_G_GO_TU_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–5, 7–10 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–4, 7–10 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU TU**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU TU stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU TU mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU TU przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi), nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie,

spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji; definicja obejmuje jedynie przypadki określone w tabeli uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku stanowiącej załącznik nr 1 do OWU.
3) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie później jednak niż w 180 dniu od dnia nieszczęśliwego wypadku.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
8. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
10. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
    1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU lub
    2) zgromadzonej dokumentacji medycznej lub
    3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU TU zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU TU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU
OWU_G_GO_TUZU_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–5, 7–9 § 4 ust. 2 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–4, 7–9 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, zwane dalej **OWU TUZU**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU TUZU stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU TUZU mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU TUZU przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 metrów, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie,

spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji; definicja obejmuje jedynie przypadki określone w tabeli uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu stanowiącej załącznik nr 1 do OWU TUZU;
3) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, w łącznej wysokości nie wyższej niż 100% tej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
   1) zawał serca lub udar mózgu, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia zawału serca lub udaru mózgu;
   3) pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie później jednak niż w 180 dniu od dnia zawału serca lub udaru mózgu.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków zawału serca lub udaru mózgu nie zalicza się upośledzenia funkcji organów, narządów lub układów w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem organu, narządu lub układu po wystąpieniu zawału serca lub udaru mózgu a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
8. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ zawałowi serca lub udarowi mózgu, zmarł przed ustaleniem stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
9. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
   1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU TUZU, lub
   2) zgromadzonej dokumentacji medycznej lub
   3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
   2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
   3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego, w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2;
   5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.
2. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, który nastąpił wskutek chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, do niższej z sum ubezpieczenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU TUZU zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU TUZU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU G_GO_TUZU_07_2021

Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

Ocena uszczerbku po udarze mózgu			Ocena uszczerbku
1.	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (wg skali Lovetta lub skali Ashwortha):		
	a)	porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100%
	b)	głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80%
	c)	średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
	d)	nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35%
	e)	porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
		– prawej	70–90%
		– lewej	60–80%
	f)	niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
		– prawej	70–90%
		– lewej	60–80%
	g)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
		– prawej	50–60%
		– lewej	40–50%
	h)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha):	
		– prawej	30–50%
		– lewej	20–40%
	i)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
		– prawej	10–30%
		– lewej	5–20%
	j)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50%
	k)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40%
	l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25%
	m)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15%
Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg punktu 7, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 1j do 1m, oddzielnie dla każdej kończyny.			
Skala Lovetta 0° brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej 1° ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej 2° wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu za pomocą odcinka ruchomego i przy jego odciążeniu – 20% prawidłowej siły mięśniowej 3° zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej 4° zdolność do wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej 5° prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej			
Skala Ashwortha 1° brak wzmożonego napięcia mięśniowego 2° nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny 3° bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu 4° wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny, trudny do wykonania 5° sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania			
2.	Zespoły pozapiramidowe:		
	a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
	b)	znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80%
	c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40%
	d)	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20%
	e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10%
3.	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły móżdżkowe:		

a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80%
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40%
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10%
4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30–40%
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc	20–30%
c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc	10–20%
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10%
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna, względnie szpitalna, potwierdzająca rozpoznanie ustalone przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu), ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 5.	
5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne znacznie utrudniające lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100%
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80%
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50%
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).	
6. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia)	1–5%
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20%
7. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100%
b) afazja całkowita motoryczna	60%
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59%
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39%
e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19%
8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30%
9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35%
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11–20%
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10%
d) z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10%
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10%
b) ruchowe	1–10%
c) czuciowo-ruchowe	3–20%
11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20%
b) obwodowe częściowe, w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19%
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10%
Uwaga: Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, należy oceniać wg poz. 1 lub 5.	
12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów: językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10%
b) średniego stopnia	10–25%
c) dużego stopnia	25–50%

13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego:	
w zależności od stopnia uszkodzenia	3–15%
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego:	
w zależności od stopnia uszkodzenia	5–20%
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 5.	
Ocena uszczerbku po zawale mięśnia sercowego	**Ocena uszczerbku**
Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi zostać oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.	
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5%
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6–15%
c) II klasa NYHA, EF 45–55%, 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16–25%
d) III klasa NYHA, EF 35–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26–55%
e) IV klasa NYHA, EF<35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56–90%
Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja nowojorskiego towarzystwa kardiologicznego wyróżniająca następujące stany czynnościowe serca: Klasa I – choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych. Klasa II – choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe. Klasa III – choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe. Klasa IV – choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort. DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY Frakcja wyrzutowa lewej komory to objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca. DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET (stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej) Równoważnik metaboliczny MET jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu (ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę). MET-y uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU
OWU_G_GO_PSZ_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–11, 15 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 2–11 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej **OWU PSZ**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU PSZ stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU PSZ mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU PSZ przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **leczenie szpitalne** – udzielane w szpitalu świadczenia zdrowotne, których odroczenie w czasie może skutkować utratą lub pogorszeniem zdrowia bądź utratą życia lub które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Za leczenie szpitalne nie uznaje się świadczeń paliatywnych, hospicyjnych, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego;

2) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (Oddział Intensywnej Terapii) – wyodrębniony oddział szpitalny, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju;
3) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Do okresu pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu przebywania na przepustkach;
4) **rekonwalescencja** – okres pobytu Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wystawionym przez szpital bezpośrednio po przebytej hospitalizacji;
5) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
6) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego udzielające całodobowych, kompleksowych świadczeń zdrowotnych, które nie mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, za pomocą personelu posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki i lekarza, prowadzące dla każdego pacjenta dokumentację medyczną, z wyłączeniem:
   a) szpitali uzdrowiskowych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych,
   b) ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień,
   c) hospicjów, domów opieki, ośrodków opieki paliatywnej, ośrodków wypoczynkowych;
7) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
   1) pobyt w szpitalu rozpoczęty w okresie ubezpieczenia wskutek choroby, która wystąpiła w okresie ubezpieczenia, wskutek nieszczęśliwego wypadku, komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka i który miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) rekonwalescencję Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i który miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   3) pobyt Ubezpieczonego na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM) w okresie ubezpieczenia;
   4) pobyt w szpitalu rozpoczęty w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pod warunkiem że ochrona z tytułu poprzedniej umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. W przypadku pobytu w szpitalu wskutek: choroby, nieszczęśliwego wypadku, komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu określony w załączniku nr 1 do OWU PSZ procent sumy ubezpieczenia.
4. W przypadku pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed datą przystąpienia do Umowy, a zakończył się po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za dni przypadające na pobyt w szpitalu w okresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego, o ile łączny pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni i pod warunkiem że ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
5. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby, nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu przysługują łącznie za nie więcej niż 180 dni, w danym rocznym okresie ubezpieczenia.
6. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka przysługuje za nie więcej niż 30 dni w trakcie trwania jednej ciąży.
7. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu świadczenie jest należne, o ile pobyt rozpoczął się w ciągu 14 dni od zajścia nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu.
8. Świadczenia z tytułu rekonwalescencji przysługują łącznie za nie więcej niż 30 dni w rocznym okresie ubezpieczenia.
9. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM-ie w celu leczenia szpitalnego przysługuje, o ile pobyt na OIOM-ie trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni.
10. W przypadku pobytu w szpitalu w okresie rekonwalescencji należne jest tylko jedno świadczenie przysługujące na podstawie niniejszych OWU PSZ – z tytułu pobytu w szpitalu albo z tytułu rekonwalescencji, zgodnie z treścią złożonego przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę świadczenia.
11. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w więcej niż jednym szpitalu w danym dniu należne jest jedno świadczenie.
12. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt w szpitalu. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko pobytu Ubezpieczonego w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w trakcie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
13. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 12.
14. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za pobyty w szpitalu w okresie ciąży w celach jedynie diagnostycznych oraz w związku z porodem i połogiem z wyjątkiem komplikacji okołoporodowych.
15. W przypadku pobytów w szpitalu spowodowanych komplikacjami ciąży lub stanem chorobowym nienarodzonego dziecka, podczas których nastąpił poród, Towarzystwo wypłaci świadczenie za pobyt do dnia porodu włącznie.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli był on następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę

nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
10) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
11) chirurgicznego leczenia otyłości;
12) zmiany płci, usuwania ciąży, sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
13) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
14) oparzeń pierwszego stopnia;
15) zabiegów medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
16) leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem tego, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
17) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
18) wad wrodzonych i ich skutków;
19) poddania się eksperymentowi medycznemu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU PSZ zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU PSZ zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU_G_GO_ PSZ_07_2021

1.	**Pobyt w szpitalu w wyniku choroby lub komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka**
	1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
2.	**Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**
	1–14. dzień pobytu w szpitalu – 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
	od 15. dnia pobytu w szpitalu – 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
3.	**Pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu**
	1–14. dzień pobytu w szpitalu – 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
	od 15. dnia pobytu w szpitalu – 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
4.	**Rekonwalescencja**
	0,5% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji
5.	**Pobyt na OIOM-ie**
	5% sumy ubezpieczenia (jednorazowo)

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO
OWU_G_GO_PZ_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–4, 6–9 § 4 ust. 3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–9 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, zwane dalej **OWU PZ**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU PZ stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU PZ mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU PZ przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **poważne zachorowanie** – którakolwiek z jednostek chorobowych wymienionych w ust. 3;
   2) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne,

sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

3) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

3. Poważne zachorowania w rozumieniu niniejszych OWU PZ oznaczają:
   1) **anemię aplastyczną** – przewlekłą, nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego, przebiegającą ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum 2 spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
      a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
      b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
      c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.

      Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub gdy u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza hematologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci anemii aplastycznej;
   2) **angioplastykę naczyń wieńcowych (PTCA)** – pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50-procentowego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Konieczne jest przedłożenie Towarzystwu wyniku angiografii potwierdzającego przedoperacyjny stopień zwężenia światła tętnicy. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez lekarza kardiologa. Zwężenie drożności musi powodować pogorszenie funkcji komory lub zwiększać uszkodzenie określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego, lub być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego;
   3) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcję bakteryjną opon mózgowych powodującą zaburzenia funkcji mózgu i prowadzącą do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 kolejne miesiące. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
   4) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – chorobę rozwijającą się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnych u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadzącą do infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW). Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadków bakteryjnego zapalenia wsierdzia u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca;
   5) **bąblowca mózgu** – wymagającą usunięcia chirurgicznego zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu *echinococcus* (pęcherz bąblowcowy). Zdiagnozowanie musi być potwierdzone w rozpoznaniu histopatologicznym;
   6) **chorobę Alzheimera** – przewlekłą i postępującą degenerację tkanki mózgowej, prowadzącą do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich. W rozumieniu niniejszej definicji Ubezpieczony musi być niezdolny przez okres minimum 6 kolejnych miesięcy do samodzielnego wykonywania przynajmniej 3 z wymienionych poniżej czynności życiowych:
      a) kąpiel – zdolność umycia się,
      b) ubieranie się,
      c) przemieszczanie się,
      d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
      e) odżywianie się.

      Zdiagnozowanie choroby Alzheimera musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadków otępienia oraz innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych lub nadużywania alkoholu lub narkotyków;
   7) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba** – nieuleczalną chorobę układu nerwowego powodującą szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie odchyleń neurologicznych w badaniu klinicznym (w tym cech postępującego otępienia), EEG oraz badań obrazowych;
   8) **chorobę Huntingtona** – postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa;
   9) **chorobę neuronu ruchowego** – postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie obrazu klinicznego i wyniku badania elektromiografii;
   10) **chorobę Parkinsona** – postępującą chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do powstania ubytków neurologicznych. Do jej stwierdzenia niezbędne jest jednoczesne spełnienie wszystkich warunków podanych poniżej:
      a) choroba nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu,
      b) na podstawie obiektywnych objawów można stwierdzić, że choroba ma charakter postępujący,
      c) Ubezpieczony musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania, przez okres minimum 6 kolejnych miesięcy, przynajmniej 3 z wymienionych czynności życiowych:
         i. kąpiel – zdolność umycia się,
         ii. ubieranie się,
         iii. przemieszczanie się,
         iv. toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
         v. odżywianie się.

      Zdiagnozowanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez lekarza neurologa.

      W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub czynniki toksyczne;
   11) **dystrofię mięśniową** – postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczony musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania przynajmniej 3 z wymienionych czynności życiowych:
      a) kąpiel – zdolność umycia się,
      b) ubieranie się,
      c) przemieszczanie się,
      d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
      e) odżywianie się;
   12) **gruźlicę** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa lub internistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. W rozumieniu niniejszych

OWU PZ zakres definicji nie obejmuje bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;

13) **kardiomiopatię** – trwałe i nierokujące poprawy upośledzenie funkcji lewej komory serca, prowadzące do wystąpienia przewlekłej niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory serca mniejszą niż 25%. Tak określona niewydolność krążenia musi się utrzymywać, pomimo stosowania odpowiedniego leczenia, przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadków, gdy przyczyną wystąpienia choroby było nadużywanie alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.
Zdiagnozowanie musi być postawione w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez kardiologa i być potwierdzone wynikami badań echokardiograficznych;

14) **łagodny guz mózgu, w tym oponiak** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 kolejnych miesięcy. Zdiagnozowanie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi, takimi jak CT lub MRI. W rozumieniu niniejszych OWU PZ z zakresu definicji wyłączone są: torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;

15) **niedowład (paraliż)** – całkowitą, stałą utratę funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowaną urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 kolejnych miesięcy. Zdiagnozowanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;

16) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się całkowitym, nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje ostrej niewydolności nerek wymagającej okresowej dializoterapii;

17) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. W rozumieniu niniejszych OWU PZ z zakresu definicji wyłączone są:
    a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym *carcinoma in situ* (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
    b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
    c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
    d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
    e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;

18) **oparzenie** – oparzenie III stopnia, które objęło co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała Ubezpieczonego;

19) **operację aorty** – operację chirurgiczną tętniaka, koartacji lub rozwarstwienia aorty wykonaną drogą laparotomii lub torakotomii, polegającą na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wyłączeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze, nie są objęte zakresem ubezpieczenia;

20) **operację zastawek serca** – przeprowadzoną na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymianę bądź naprawę chorobowo zmienionej jednej lub większej liczby zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje operacji wykonanych przy użyciu technik śródnaczyniowych;

21) **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operację chirurgiczną z otwarciem klatki piersiowej, mającą na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, jej wykonanie zaś musi być potwierdzone opinią lekarza kardiologa.
W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje zabiegów angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

22) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z wymienionych poniżej narządów bądź zamieszczenie Ubezpieczonego na liście biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych poniżej narządów:
    a) serca, płuca, trzustki, nerki, wątroby,
    b) szpiku kostnego po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku.
W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakresem definicji nie są objęte przeszczepy niewymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;

23) **ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – miejscową infekcję tkanki mózgowej prowadzącą do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań obrazowych (CT, MRI). Ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą. Ropień mózgu musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 kolejne miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii;

24) **schyłkową niewydolność wątroby** – całkowitą i nieodwracalną niewydolność funkcji wątroby przebiegającą z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
    a) stałej żółtaczki,
    b) wodobrzusza,
    c) encefalopatii wątrobowej;

25) **sepsę (posocznicę)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej 2 spośród następujących narządów lub układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki lub wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Zdiagnozowanie musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej

Opieki Medycznej, w tym w dożylnym podawaniu antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej;

26) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego charakteryzująca się obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Deficyty neurologiczne z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi powinny utrzymywać się stale przez okres co najmniej 6 miesięcy;
27) **śpiączkę** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 kolejnych godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych;
28) **tężec** – ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagającą leczenia w szpitalu w postaci dożylnej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzoną przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia 1 z następujących objawów:
    a) bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
    b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
    c) uogólnione skurcze

    oraz objawów klinicznych, takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
29) **udar mózgu** – zgodnie z definicją OWU Głównego;
30) **utratę kończyny wskutek choroby** – amputację kończyny wskutek choroby:
    a) powyżej stawu skokowego – w przypadku kończyn dolnych,
    b) powyżej nadgarstka – w przypadku kończyn górnych;
31) **utratę mowy** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji mowy spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymującą się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;
32) **utratę słuchu** – całkowitą, stałą, obustronną i nieodwracalną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego i audiometrii impedancyjnej. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym;
33) **utratę wzroku** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
34) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężką infekcję wirusową mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) prowadzącą do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez przynajmniej 6 kolejnych tygodni. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje wirusowego zapalenia mózgu spowodowanego wirusem HIV;
35) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – ciężką postać choroby wymagającą wykonania całkowitej resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii). Zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza gastrologa;
36) **wściekliznę** – ostrą chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*) przebiegającą klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych lub internistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagające zastosowania leczenia w szpitalu;
37) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
    a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
    b) przetoczenie krwi miało miejsce w czasie ponoszenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu poważnych zachorowań wobec danego Ubezpieczonego;
    c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
    d) ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (*thalassaemia maior*) lub hemofilię;
38) **zakażoną martwicę trzustki** – wykonanie pierwszej operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki;
39) **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klace piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym. W rozumieniu niniejszych OWU PZ zakres definicji nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych;
40) **zawał serca** – zgodnie z definicją OWU Głównego;
41) **zgorzel gazową** – wymagające leczenia w warunkach szpitalnych ciężkie zakażenie przyranne, przebiegające z obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowane przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridum Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*, potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, z wyłączeniem przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA), Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
4. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) Towarzystwo

wypłaci świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu tego poważnego zachorowania. Jeżeli jednak w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) wystąpi u Ubezpieczonego zawał serca, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości różnicy pomiędzy wypłaconą kwotą świadczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) a świadczeniem z tytułu zawału serca.

5. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem że ryzyko poważne zachorowanie Ubezpieczonego znajdowało się w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
6. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 5.
7. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w ramach poniższych kategorii:
   1) kategoria 1 – operacja aorty, operacja zastawek serca, angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), kardiomiopatia, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), zawał serca, udar mózgu, śpiączka, niedowład (paraliż);
   2) kategoria 2 – anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfeldta-Jakoba, choroba Huntingtona, choroba neuronu ruchowego, niewydolność nerek, przeszczep narządu, schyłkowa niewydolność wątroby, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, łagodny guz mózgu, w tym oponiak, zakażona martwica trzustki;
   3) kategoria 3 – bakteryjne zapalenie opon mózgowych, bakteryjne zapalenie wsierdzia, oparzenia, utrata mowy, utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny wskutek choroby, tężec, wścieklizna, gruźlica, zakażenie wirusem HIV, ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi, sepsa (posocznica), wirusowe zapalenie mózgu, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zgorzel gazowa.
8. Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego w ramach poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii.
9. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego więcej niż jednego nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia zostanie wypłacone jedno świadczenie, niezależnie od liczby i rodzajów stwierdzonych nowotworów.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, które było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
   2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
   3) chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego, w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, zastrzeżeniem postanowień ust. 3;
   4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
   5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
   7) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u Ubezpieczonego:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA);
   2) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub udar mózgu, lub przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – udar mózgu;
   3) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub zawał serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – zawał serca;
   4) chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca w przypadku poważnego zachorowania – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass);
   5) tętniaka aorty brzusznej lub piersiowej lub rozwarstwienie aorty brzusznej lub piersiowej, w przypadku poważnego zachorowania – operacja aorty;
   6) kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek, lub cukrzycową chorobę nerek (nefropatię cukrzycową) w przypadku poważnego zachorowania – niewydolność nerek;
   7) miażdżycę zarostową tętnic dolnych lub cukrzycę w przypadku poważnego zachorowania – utrata kończyny wskutek choroby;
   8) wirusowe zapalenie wątroby lub zakrzepicę żył wątrobowych lub nowotwór wątroby lub alkoholizm w przypadku poważnego zachorowania – schyłkowa niewydolność wątroby.
3. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że poważne zachorowanie znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania, które wystąpiło na skutek chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, do niższej z sum ubezpieczenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU PZ zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU PZ zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA URODZENIA DZIECKA
OWUG_GO_UD_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–4, 7 § 4 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–7 § 4 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Urodzenia Dziecka, zwane dalej **OWU UD**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** urodzenia dziecka.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU UD stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU UD mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Przez użyte w niniejszych OWU UD określenia rozumie się:
   urodzenie dziecka – urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka żywego, o ile urodzenie nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży. Na równi z urodzeniem dziecka traktowane jest przysposobienie (adopcja) dziecka.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest urodzenie dziecka żywego.
3. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia dziecka.

4. W przypadku przysposobienia dziecka Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia dziecka pod warunkiem, że przysposobienie nastąpiło w okresie ubezpieczenia.
5. W okresie pierwszych 10 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenia dziecka.
6. Do karencji, o której mowa w ust. 5, zalicza się okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko urodzenia dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej. Odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji w przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzednim, ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu urodzenia dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego urodzenia dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
7. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 4

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU UD zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU UD zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA URODZENIA DZIECKA MARTWEGO
OWU_G_GO_UDM_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3, 6–7 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–6 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Urodzenia Dziecka Martwego, zwane dalej **OWU UDM**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** urodzenia dziecka martwego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU UDM stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU UDM mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU UDM przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **dziecko** – dziecko biologiczne Ubezpieczonego;
   2) **martwe urodzenie dziecka** – zgon płodu następujący przed całkowitym wydaleniem lub wydobyciem z ustroju matki, o ile nastąpił po upływie 22. tygodnia ciąży.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na urodzeniu dziecka martwego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje martwe urodzenie dziecka.
3. W przypadku urodzenia dziecka martwego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia dziecka martwego.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie dziecka martwego.
5. Do karencji, o której mowa w ust. 4, zalicza się okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko urodzenia dziecka martwego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej. Odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji w przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzednim, ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu urodzenia dziecka martwego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego urodzenia dziecka martwego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
6. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 4.
7. Do wniosku o wypłatę świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć:
   1) zaświadczenie ze szpitala o śmierci płodu, w którym określono wiek płodu w chwili jego zgonu;
   2) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją: „dziecko martwo urodzone”.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu urodzenia dziecka martwego, które było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
2) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU UDM zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU UDM zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO
OWU_G_GO_SM_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3, 5 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–5 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, zwane dalej **OWU SM**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci małżonka albo partnera życiowego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU SM stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU SM mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego.
3. W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu

świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego.

4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć małżonka albo partnera życiowego. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko śmierć małżonka albo partnera życiowego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego śmierci małżonka albo partnera życiowego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
5. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 4.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy lub terroru;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) samobójstwa małżonka albo partnera życiowego, które nastąpiło przed upływem 2 lat od dnia początku okresu ubezpieczenia;
4) świadomego samookaleczenia małżonka albo partnera życiowego lub okaleczenia małżonka albo partnera życiowego na jego prośbę.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SM zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SM zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWU_G_GO_SMNW_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU SMNW**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU SMNW stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU SMNW mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU SMNW przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie,

spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) choroby małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
4) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
6) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy małżonek albo partner życiowy Ubezpieczonego był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SMNW zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SMNW zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI RODZICA LUB TEŚCIA
OWU_G_GO_SRT_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3, 5–9 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 2–9 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Rodzica lub Teścia, zwane dalej **OWU SRT**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci rodzica lub teścia.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU SRT stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU SRT mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU SRT przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **macocha** – żona ojca Ubezpieczonego lub żona ojca małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędąca matką biologiczną odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędąca matką biologiczną odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

2) **ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego lub mąż matki małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędący biologicznym ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego bądź wdowiec po matce małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędący ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
3) **rodzic** – ojciec albo matka Ubezpieczonego, a także odpowiednio macocha albo ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Ubezpieczonego;
4) **teść** – ojciec albo matka małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, a także odpowiednio macocha bądź ojczym małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
3. W przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć rodzica lub teścia. W przypadku Ubezpieczonych, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko śmierć rodzica lub teścia znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego śmierci rodzica lub teścia (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
5. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 4.
6. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci teścia przysługuje, jeżeli w chwili śmierci teścia wobec Ubezpieczonego i jego małżonka nie została orzeczona separacja.
7. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia nie żyje małżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony:
   1) nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz
   2) nie wskazał partnera życiowego,
   3) dostarczył oświadczenia o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
8. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia nie żyje partner życiowy Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony:
   1) nie dokonał zmiany partnera życiowego oraz
   2) nie wstąpił w związek małżeński.
9. Z tytułu śmierci rodzica lub teścia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia z tytułu śmierci rodzica lub dwa świadczenia z tytułu śmierci teścia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy) działań wojennych, czynnego udziału rodzica lub teścia Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SRT zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SRT zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
OWU_G_GO_NDPSE_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Niezdolności do Pracy lub Samodzielnej Egzystencji wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU NDPSE**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU NDPSE stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU NDPSE mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU NDPSE przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **data zdarzenia** – pierwszy dzień trwającego nieprzerwanie okresu nieświadczenia pracy wywołanego nieszczęśliwym wypadkiem, będącym jedyną i bezpośrednią przyczyną niezdolności do pracy, poświadczony orzeczeniem;
   2) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do samodzielnej

egzystencji trwała utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu następujących czynności życia codziennego:
a) poruszania się,
b) kontrolowania czynności fizjologicznych,
c) mycia się,
d) ubierania się,
e) jedzenia,
f) korzystania z toalety.
Utrata zdolności do wykonywania czynności życia codziennego oznacza stan, który zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie daje pozytywnych rokowań co do odzyskania zdolności do wykonywania tej czynności i wiąże się z koniecznością zapewniania Ubezpieczonemu całkowitej opieki lub pomocy przy wykonywaniu danej czynności;

3) **orzeczenie** – orzeczenie lekarskie o trwałej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy;
4) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
5) **trwała niezdolność do pracy** – stan zdrowia Ubezpieczonego uniemożliwiający wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile nie ma rokowań, by w ciągu 5 lat mógł nastąpić powrót do zdrowia w stopniu umożliwiającym wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej, poświadczony orzeczeniem;
6) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku skutkującego wystąpieniem trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła trwała niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) trwała niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 12 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałą niezdolnością do pracy lub samodzielną egzystencją Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU NDPSE zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU NDPSE zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYBUCHU GAZU LUB ZATRUCIA TLENKIEM WĘGLA OWU G_GO_WGZT_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2-3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wybuchu Gazu lub Zatrucia Tlenkiem Węgla, zwane dalej **OWU WGZT**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU WGZT stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU WGZT mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU WGZT przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane wybuchem gazu lub zatruciem tlenkiem węgla;
   2) **wybuch gazu** – gwałtowne wydzielenie dużej ilości energii spowodowane spaleniem gazu, któremu towarzyszy nagły wzrost temperatury i ciśnienia oraz fala dźwiękowa;

3) **zatrucie tlenkiem węgla** – zatrucie spowodowane przez wdychanie tlenku węgla.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla, która była następstwem(związek przyczynowo-skutkowy):

1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU WGZT zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU WGZT zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POBYTU DZIECKA W SZPITALU
OWU G_GO_PDSZ_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–7, 9 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 2–9 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pobytu Dziecka w Szpitalu, zwane dalej **OWU PDSZ**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** pobytu dziecka w szpitalu.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU PDSZ stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia użyte w niniejszych OWU PDSZ mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU PSZ przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **leczenie szpitalne** – udzielane w szpitalu świadczenia zdrowotne, których odroczenie w czasie może skutkować utratą lub pogorszeniem zdrowia, utratą życia lub które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Za leczenie szpitalne nie uznaje się świadczeń opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego;
   2) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie, dłużej niż 3 dni, a jeżeli był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – dłużej niż 1 dzień. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty

wypisania ze szpitala. Do okresu pobytu w szpitalu nie zalicza się okresu przebywania na przepustkach;

3) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
4) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego udzielające całodobowych, kompleksowych świadczeń zdrowotnych, które nie mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, za pomocą personelu posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki i lekarza, prowadzące dla każdego pacjenta dokumentację medyczną, z wyłączeniem:
   a) szpitali uzdrowiskowych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych,
   b) ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień,
   c) hospicjów, domów opieki, ośrodków opieki paliatywnej, ośrodków wypoczynkowych;
5) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych. Za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się zajęć organizowanych przez szkołę, do której uczęszcza dziecko.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na pobycie dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
   1) pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczęty w okresie ubezpieczenia wskutek choroby, która wystąpiła w okresie ubezpieczenia lub wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczęty w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, pod warunkiem że ochrona z tytułu poprzedniej Umowy zakończyła się w przeddzień przystąpienia Ubezpieczonego do niniejszej Umowy, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w załączniku nr 1 do OWU PDSZ procent sumy ubezpieczenia.
4. W przypadku pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się przed datą przystąpienia do Umowy, a zakończył po dacie przystąpienia, świadczenie przysługuje wyłącznie za dni przypadające na pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w okresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego, o ile łączny pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 3 dni i pod warunkiem że ryzyko pobytu dziecka Ubezpieczonego w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej.
5. Świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu przysługują łącznie za nie więcej niż 180 dni w danym rocznym okresie ubezpieczenia.
6. W przypadku pobytu dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, pod warunkiem że pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. W przypadku pobytu dziecka w więcej niż jednym szpitalu w danym dniu Towarzystwo wypłaci świadczenie tylko za jeden z tych pobytów.
8. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt dziecka w szpitalu. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko pobytu dziecka w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego pobyt dziecka w szpitalu (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
9. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 8.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za pobyt dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli był on następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia dziecka lub okaleczenia dziecka na jego prośbę;
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) choroby dziecka zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
5) pozostawania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
6) kierowania pojazdem przez dziecko bez wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
7) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko było pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
10) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
11) chirurgicznego leczenia otyłości;
12) zmiany płci, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
13) pobrania narządów do przeszczepu lub tkanek do przeszczepu;
14) oparzeń pierwszego stopnia;
15) zabiegów medycyny estetycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
16) leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem tych, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
17) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
18) wad wrodzonych i ich skutków;
19) poddania się eksperymentowi medycznemu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU PDSZ zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.

2. Niniejsze OWU PDSZ zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU G_GO_PDSZ_07_2021

1	**Pobyt w szpitalu w wyniku choroby**	
	1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu	
2	**Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	
	od 1 do 14. dnia pobytu w szpitalu	od 15. dnia pobytu w szpitalu
	2% sumy ubezpieczenia	1% sumy ubezpieczenia

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWU G_GO_USZD_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–5, 7–10 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 2–4, 7–11 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU USZD**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU USZD stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia użyte w niniejszych OWU USZD mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU USZD przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie,

spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu albo na upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje przypadki określone w tabeli uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku stanowiącej załącznik nr 1 do OWU;
3) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych. Za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się zajęć organizowanych przez szkołę, do której uczęszcza dziecko.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub w okresie trwania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, w łącznej wysokości nie większej niż 100% tej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia lub w okresie trwania poprzedniej umowy ubezpieczenia;
   2) trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpił w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według stanu zdrowia dziecka na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie później jednak niż na koniec 18. miesiąca od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Towarzystwo ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu dziecka po wypadku a stopniem trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
8. Jeżeli dziecko, które uległo nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarło przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazany lekarz określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
9. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez dziecko.
10. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku rodzaj i procent trwałego uszczerbku ustalane są przez Towarzystwo na podstawie:
    1) tabeli uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
    2) zgromadzonej dokumentacji medycznej lub
    3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
11. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ograniczona jest do wysokości 100% sumy ubezpieczenia dla jednego nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo- skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia dziecka, lub okaleczenia dziecka na jego prośbę;
4) choroby dziecka zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
5) pozostawania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
6) kierowania pojazdem przez dziecko bez wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
7) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko było pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU USZD zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU USZD zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OPERACJI CHIRURGICZNEJ UBEZPIECZONEGO
OWU G_GO_OCH_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3, 5 § 4 ust. 3–4 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–6 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Operacji Chirurgicznej Ubezpieczonego, zwane dalej **OWU OCH**, mają zastosowanie do **Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia** operacji chirurgicznej Ubezpieczonego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU OCH stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU OCH mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU OCH poprzez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **operację chirurgiczną** – jeden z zabiegów chirurgicznych na narządach i tkankach ciała wymienionych w załączniku nr 1 do OWU OCH, mający na celu poprawę stanu zdrowia chorego, przeprowadzony przez lekarza o specjalności zabiegowej, wykonywany w placówce medycznej na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii lub na terytorium Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu;
   2) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard,

wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

3) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku operacji chirurgicznej należącej do:
   1) kategorii 1 – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu chirurgicznej;
   2) kategorii 2 – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu chirurgicznej;
   3) kategorii 3 – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu chirurgicznej.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego operacje chirurgiczne Ubezpieczonego. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko operacje chirurgiczne Ubezpieczonego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego operacji chirurgicznych Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
5. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 4.
6. Łączna wartość świadczeń wypłaconych z tytułu operacji chirurgicznych będących następstwem tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznych, które były następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) któregokolwiek ze zdarzeń opisanych w § 7 pkt 1 OWU Głównego;
   2) próby samobójczej, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
   3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   4) chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4;
   5) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
   6) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
   7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
   8) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
   9) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
   10) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
   11) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
   12) chirurgicznego leczenia otyłości;
   13) zmiany płci, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
   14) w celu pobrania narządów do przeszczepu lub tkanek do przeszczepu;
   15) oparzeń pierwszego stopnia;
   16) zabiegów medycyny estetycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej zaistniałej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
   17) leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem tych, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
   18) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
   19) wad wrodzonych i ich skutków;
   20) poddania się eksperymentowi medycznemu.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także w związku z operacją chirurgiczną:
   1) wykonaną w celach diagnostycznych,
   2) która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.
3. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci świadczenie za jedną operację chirurgiczną, za którą zgodnie z załącznikiem nr 1 do OWU OCH należne jest najwyższe świadczenie.
4. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że operacje chirurgiczne znajdowały się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, która wystąpiła na skutek chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, do niższej z sum ubezpieczenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego operacji chirurgicznej Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU OCH zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU OCH zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU OWU_G_GO_OCH_07_2021

Lp.	Lista operacji	Kategoria
	Operacje serca i osierdzia	
1	Przeszczep serca	1
2	Przeszczep płuc i serca	1
3	Korekcja całkowita zespołu Fallota	1
4	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
5	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	1
6	Korekcja całkowita przełożenia wielkich pni tętniczych	1
7	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego	1
8	Wytworzenie połączenia prawa komora – tętnica płucna	1
9	Wytworzenie połączenia lewa komora – aorta	1
10	Wytworzenie połączenia przedsionek – tętnica płucna	1
11	Zamknięta walwulotomia	1
12	Otwarta walwulotomia	1
13	Otwarta walwuloplastyka bez wymiany zastawki	1
14	Wymiana zastawki serca	1
15	Wytworzenie ubytku przegrody serca	1
16	Zamknięcie ubytku przedsionkowego	1
17	Zamknięcie ubytku międzykomorowego	1
18	Przezskórna walwuloplastyka	2
19	Przezskórne zamknięcie przewodu Botalla	2
20	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
21	Operacja nitek ścięgnistych serca	2
22	Annuloplastyka serca	2
23	Operacja beleczek mięśniowych serca	2
24	Operacja innych struktur związanych bezpośrednio z zastawkami serca	2
25	Kardiotomia	2
26	Perikardiotomia	2
27	Perikardiektomia i usunięcie zmiany osierdzia	2
28	Inna operacja serca wykonywana metodą otwartą w krążeniu pozaustrojowym	2
29	Otwarte wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca w okolice serca	2
30	Założenie stałego rozrusznika serca	3
	Operacje na naczyniach serca	
31	Otwarta koronaroplastyka, otwarta angioplastyka naczyń wieńcowych	1
32	Pomost aortalno-wieńcowy (bypass) – niezależnie od liczby naczyń poddanych zabiegowi	1
33	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna – tętnica wieńcowa, niezależnie od liczby naczyń poddanych zabiegowi	1
34	Pomost brzuszno-wieńcowy	1
35	Wszczepienie tętnic dla rewaskularyzacji serca	1
36	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	1
37	Inne otwarte operacje na naczyniach wieńcowych	1
38	Przezskórna śródnaczyniowa balonowa angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	2
39	Inna angioplastyka wieńcowa	2
40	Artrektomia naczyń wieńcowych	2
41	Przezskórna angioplastyka lub aterektomia naczyń przedmózgowych (zewnątrzczaszkowych)	2
42	Przezskórna angioplastyka lub aterektomia naczyń wewnątrzczaszkowych	2
43	Przezskórne wprowadzenie stentów do tętnicy szyjnej	2
44	Przezskórne wprowadzenie stentu do tętnicy przedmózgowej (zewnątrzczaszkowej)	2
45	Przezskórne wprowadzenie stentu do naczyń wewnątrzczaszkowych	2
46	Wprowadzenie stentu/stentów do tętnicy wieńcowej	2
47	Wprowadzenie stentów uwalniających lek do naczyń obwodowych	3
	Operacje na naczyniach	
48	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące aorty	1
49	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń wewnątrzczaszkowych, mózgowych	1

50	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń głowy	1
51	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń szyi	1
52	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń płucnych	1
53	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy udowej	1
54	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy biodrowej	1
55	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy pachowej	1
56	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy ramiennej	1
57	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące żyły głównej górnej	1
58	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową aorty	1
59	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń wewnątrzczaszkowych, mózgowych	1
60	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń głowy	1
61	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń szyi	1
62	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń płucnych	1
63	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy udowej	1
64	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy biodrowej	1
65	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy pachowej	1
66	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy ramiennej	1
67	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową żyły głównej górnej	1
68	Wprowadzenie wszczepu/sitka do żyły głównej	1
69	Podwiązanie żyły głównej górnej/dolnej	1
70	Tętnicze zespolenie systemowo-płucne	1
71	Zespolenie żyły próżnej z tętnicą płucną	1
72	Endarterektomia z embolektomią naczyń wewnątrzczaszkowych	2
73	Endarterektomia z embolektomią naczyń głowy i szyi	2
74	Endarterektomia z embolektomią naczyń kończyn obwodowych	2
75	Endarterektomia z embolektomią aorty	2
76	Endarterektomia z embolektomią tętnicy płucnej	2
77	Endarterektomia z embolektomią tętnic brzusznych	2
78	Endarterektomia z embolektomią naczyń klatki piersiowej	2
79	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące innych naczyń	2
80	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową innych naczyń	2
81	Podwiązanie i wycięcie żylaków wewnątrzczaszkowych, mózgowych	2
82	Podwiązanie i wycięcie żylaków głowy i szyi	2
83	Śródbrzuszne zespolenie żylne	2
84	Pomosty naczyniowe łączące aortę z innym naczyniem	2
85	Podwiązanie i wycięcie żylaków kończyny dolnej	3
86	Podwiązanie i wycięcie innych żylaków	3
87	Inne zespolenie naczyniowe	3
88	Inna operacja na naczyniach	3
89	Inna operacja naprawcza wewnątrznaczyniowa	3
90	Operacja naprawcza kłębka szyjnego, operacja naprawcza innych kłębków szyjnych	3
Operacje w zakresie układu oddechowego		
91	Całkowite usunięcie krtani	1
92	Rekonstrukcja tchawicy i wytworzenie sztucznej krtani	1
93	Radykalne wycięcie krtani z układem chłonnym szyi (operacja Crile'a)	1
94	Założenie stałej tracheostomii	1
95	Całkowite usunięcie płuca	1
96	Przeszczep płuca	1
97	Częściowe wycięcie krtani	2
98	Częściowe wycięcie tchawicy	2
99	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki oskrzela	2
100	Wycięcie oskrzela	2
101	Zabieg chirurgiczny zmniejszenia objętości płuc	2
102	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki płuca	2
103	Segmentowa resekcja płuca	2
104	Usunięcie płata płucnego	2

105	Częściowe wycięcie opłucnej	2
106	Otwarta operacja dotycząca przepony	2
107	Wycięcie zmiany lub tkanki śródpiersia	2
108	Wycięcie zmiany ze ściany klatki piersiowej z usunięciem żeber	2
109	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	3
110	Wycięcie zmiany krtani metodą endoskopową	3
111	Założenie czasowej tracheostomii	3
112	Zamknięcie przetoki tchawicy	3
113	Endoskopowe wycięcie zmiany lub tkanki oskrzela	3
114	Plikacja pęcherza rozedmowego	3
115	Endoskopowe wycięcie zmiany tkanki płuca	3
116	Nacięcie oskrzela	3
117	Nacięcie płuca	3
118	Otwarta biopsja oskrzela	3
119	Otwarta biopsja płuca	3
120	Zamknięcie przetoki oskrzelowej	3
121	Zamknięcie rany płuca	3
Zabiegi w zakresie układu pokarmowego		
122	Całkowite wycięcie przełyku	1
123	Przeszczep przełykowy	1
124	Totalna śródbrzuszna kolektomia	1
125	Wycięcie odbytnicy z wyłonieniem sztucznego odbytu	1
126	Całkowite usunięcie wątroby	1
127	Przeszczep wątroby	1
128	Całkowite wycięcie trzustki	1
129	Radykalne usunięcie trzustki i dwunastnicy	1
130	Przeszczep trzustki	1
131	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
132	Operacyjne wycięcie zmiany przełyku	2
133	Częściowe wycięcie przełyku	2
134	Założenie stałej endoprotezy przełykowej	2
135	Operacja przetoki przełykowej	2
136	Częściowe wycięcie żołądka	2
137	Całkowite usunięcie żołądka	2
138	Operacyjne zaszycie wrzodu żołądka	2
139	Operacyjne zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
140	Resekcja w obrębie jelita cienkiego	2
141	Częściowe wycięcie jelita grubego	2
142	Hemikolektomia prawostronna	2
143	Hemikolektomia lewostronna	2
144	Sigmoidektomia	2
145	Wyłonienie jelita	2
146	Kolostomia	2
147	Ileostomia	2
148	Enterostomia	2
149	Wycięcie odbytnicy	2
150	Wycięcie odbytu	2
151	Nacięcie ropnia wątroby	2
152	Usunięcie kamieni żółciowych z wątroby	2
153	Wycięcie zmiany tkanki wątroby	2
154	Częściowe wycięcie wątroby	2
155	Miejscowe wycięcie zmiany trzustki	2
156	Miejscowe wycięcie zmiany dróg trzustkowych	2
157	Otwarty drenaż trzustki	2
158	Częściowe wycięcie trzustki	2
159	Nacięcie przełyku	3

160	Wycięcie uchyłka przełyku	3
161	Endoskopowe wycięcie zmiany przełyku	3
162	Szycie rozerwania przełyku	3
163	Operacyjne usunięcie zwężenia przełyku	3
164	Podwiązanie żylaków przełyku	3
165	Gastrostomia	3
166	Endoskopowe wycięcie zmiany żołądka	3
167	Miejscowe wycięcie zmiany żołądka	3
168	Otwarta biopsja żołądka	3
169	Pyloromyotomia	3
170	Pyloroplastyka	3
171	Zespolenie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka	3
172	Rewizja zespolenia żołądkowego	3
173	Inna otwarta operacja żołądka	3
174	Otwarta biopsja jelita cienkiego	3
175	Endoskopowe wycięcie zmiany dwunastnicy	3
176	Miejscowe wycięcie zmiany dwunastnicy	3
177	Miejscowe wycięcie zmiany jelita cienkiego	3
178	Endoskopowe wycięcie zmiany jelita grubego	3
179	Miejscowe wycięcie zmiany jelita grubego	3
180	Zespolenie jelitowe	3
181	Rewizja przetoki jelitowej	3
182	Zamknięcie przetoki jelitowej	3
183	Ufiksowanie jelita	3
184	Śródbrzuszne manipulacje w zakresie jelit	3
185	Usunięcie wyrostka robaczkowego	3
186	Nacięcie odbytnicy	3
187	Wytworzenie przetoki odbytniczej	3
188	Otwarta biopsja odbytnicy	3
189	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy	3
190	Nacięcie zwężenia odbytnicy	3
191	Operacja przetoki okołoodbytniczej	3
192	Wycięcie tkanek w okolicy odbytu	3
193	Nacięcie lub wycięcie przetoki odbytu	3
194	Miejscowe wycięcie zmiany okolicy odbytu	3
195	Wycięcie hemoroidów	3
196	Otwarta biopsja wątroby	3
197	Cholecystostomia	3
198	Otwarta biopsja pęcherzyka lub przewodu żółciowego	3
199	Cholecystektomia	3
200	Zespolenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych	3
201	Nacięcie przewodu żółciowego celem usunięcia przeszkody	3
202	Inne nacięcie przewodu żółciowego	3
203	Miejscowe wycięcie zmiany przewodów żółciowych i zwieracza Oddiego	3
204	Endoskopowe wycięcie zmiany przewodów żółciowych i zwieracza Oddiego	3
205	Zabiegi naprawcze dróg żółciowych	3
206	Zabiegi w zakresie przewodów żółciowych i zwieracza Oddiego	3
207	Zabiegi przezskórne dróg żółciowych	3
208	Pankreatektomia	3
209	Otwarta biopsja trzustki	3
210	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	3
211	Jednostronna operacja przepukliny pachwinowej	3
212	Dwustronna operacja przepukliny pachwinowej	3
213	Jednostronna operacja przepukliny udowej	3
214	Dwustronna operacja przepukliny udowej	3
215	Operacja przepukliny pępkowej	3

216	Operacja innych przepuklin przedniej ściany jamy brzusznej	3
217	Operacja przepukliny przeponowej	3
218	Operacja innej przepukliny	3
219	Drenaż ściany jamy brzusznej	3
220	Drenaż ropnia zewnątrzotrzewnowego	3
221	Drenaż ropnia przestrzeni zaotrzewnowej	3
Operacje układu moczowego		
222	Obustronne wycięcie nerki	1
223	Przeszczepienie nerki	1
224	Miejscowe wycięcie zmiany nerki	2
225	Częściowe wycięcie nerki	2
226	Całkowite wycięcie jednej nerki	2
227	Całkowite wycięcie jednej nerki i moczowodu	2
228	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	2
229	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	2
230	Nacięcie miąższu nerkowego (nefrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomii)	3
231	Nacięcie miedniczki nerkowej i wytworzenie przetoki miedniczkowej	3
232	Otwarta biopsja nerki	3
233	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	3
234	Zabiegi naprawcze nerki	3
235	Nacięcie ujścia moczowodu	3
236	Nacięcie moczowodu (ureterektomia)	3
237	Całkowite wycięcie moczowodu	3
238	Częściowe wycięcie moczowodu	3
239	Otwarta biopsja moczowodu	3
240	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
241	Inne zespolenie lub przetoka moczowodu	3
242	Zabiegi naprawcze moczowodu	3
243	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	3
244	Podwiązanie moczowodu	3
245	Rozszerzenie moczowodu	3
246	Nacięcie pęcherza (cystostomia) z wytworzeniem przetoki pęcherzowej	3
247	Zespolenie pęcherzowo-skórne (vesicostomia)	3
248	Otwarta biopsja pęcherza moczowego	3
249	Przezcewkowe wycięcie lub zniszczenie tkanki pęcherza moczowego	3
250	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
251	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	3
252	Operacja innej przetoki pęcherzowej	3
253	Plastyka pęcherza	3
254	Plastyka cewki moczowej	3
255	Plastyka szyi pęcherza	3
256	Operacja wynicowania pęcherza moczowego	3
257	Operacja powiększenia pęcherza moczowego	3
258	Zespolenie pęcherza moczowego	3
259	Operacja naprawcza pęcherza moczowego	3
260	Nacięcie cewki moczowej	3
261	Nacięcie ujścia cewki moczowej	3
262	Wycięcie zmiany tkanek cewki moczowej	3
263	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	3
264	Usunięcie zwężenia cewki moczowej	3
265	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej (AUS)	3
266	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	3
Operacje dotyczące męskich narządów płciowych		
267	Wycięcie obu jąder	2
268	Amputacja prącia	2
269	Nacięcie ropnia stercza z drenażem	3

270	Usunięcie kamieni sterczowych	3
271	Otwarta biopsja stercza	3
272	Otwarta biopsja pęcherzyków nasiennych	3
273	Przezcewkowe wycięcie gruczołu krokowego	3
274	Pozapęcherzowe wyłuszczenie gruczolaka stercza	3
275	Prostatektomia załonowa	3
276	Prostatektomia radykalna	3
277	Miejscowe wycięcie zmiany stercza	3
278	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	3
279	Przezcewkowe zniszczenie stercza	3
280	Przezcewkowe rozszerzenie balonem części sterczowej cewki moczowej	3
281	Operacje moszny i osłonki pochwowej jądra	3
282	Wycięcie zmiany jądra	3
283	Jednostronne wycięcie jądra	3
284	Umocowanie jądra w mosznie (orchidopeksja)	3
285	Wycięcie żylaków powrózka nasiennego	3
286	Wycięcie wodniaka powrózka nasiennego	3
287	Wycięcie najądrzy	3
288	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	3
289	Operacja naprawcza najądrza	3
290	Wycięcie zmiany prącia	3
291	Operacja naprawcza prącia	3
	Operacje dotyczące żeńskich narządów płciowych	
292	Wytrzewienie miednicy małej	1
293	Obustronne usunięcie jajników	2
294	Obustronne usunięcie jajników i jajowodów	2
295	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2
296	Wycięcie macicy drogą pochwową	2
297	Radykalne wycięcie macicy	2
298	Radykalne wycięcie sromu	2
299	Nacięcie jajnika	3
300	Wycięcie zmiany jajnika/jajników	3
301	Jednostronne usunięcie jajnika	3
302	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu	3
303	Zabiegi naprawcze jajnika	3
304	Usunięcie zrostów jajnikowo-jajowodowych	3
305	Przeszczep jajnika	3
306	Uwolnienie skrętu jajnika	3
307	Nacięcie jajowodu i utworzenie ujścia brzusznego	3
308	Obustronne zamknięcie światła jajowodów	3
309	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	3
310	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	3
311	Inne otwarte operacje jajowodów	3
312	Konizacja szyjki macicy	3
313	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3
314	Wycięcie zmiany szyjki macicy z plastyką pochwy	3
315	Operacja niewydolności ujścia wewnętrznego szyjki macicy	3
316	Operacja naprawcza pęknięcia szyjki macicy	3
317	Wycięcie zmiany w zakresie macicy i/lub struktur ją podtrzymujących	3
318	Usunięcie mięśniaka macicy	3
319	Niecałkowite wycięcie macicy	3
320	Zamknięcie przetoki macicy	3
321	Operacja aparatu zawieszającego macicę	3
322	Wycięcie zmiany pochwy	3
323	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	3
324	Zamknięcie zatoki Douglasa	3

325	Całkowite wycięcie pochwy	3
326	Operacja uchyłka pęcherzowego lub odbytniczego pochwy	3
327	Operacja uchyłka odbytniczego pochwy	3
328	Odtworzenie pochwy	3
329	Operacja przetoki pochwowej	3
330	Zamknięcie (zwężenie) sklepienia pochwy	3
331	Operacja gruczołów Bartholina	3
332	Amputacja łechtaczki	3
333	Wycięcie sromu	3
334	Operacja przetoki sromu lub krocza	3
Operacje w zakresie szpiku i śledziony		
335	Przeszczep szpiku kostnego	1
336	Wycięcie zmiany śledziony	3
337	Całkowite usunięcie śledziony	3
Operacja układu nerwowego		
338	Hemisferektomia	1
339	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	1
340	Kraniotomia	2
341	Kraniektomia	2
342	Nacięcie mózgu i opon mózgowych	2
343	Operacje na wzgórzu i gałce bladej	2
344	Wycięcie zmiany opony mózgu	2
345	Lobektomia	2
346	Wycięcie tkanki mózgu	2
347	Wycięcie zmiany w kościach czaszki	2
348	Operacyjna plastyka kości czaszki	2
349	Zeszycie opon mózgowych	2
350	Wentrykulostomia	2
351	Operacja tętniaka mózgu	2
352	Operacja naczyniaka mózgu	2
353	Wszczepienie stymulatora mózgu	2
354	Eksploracja i dekompresja struktur kanału kręgowego	2
355	Operacja naprawcza mózgu	3
356	Nacięcie, rozdzielenie i wycięcie nerwów czaszkowych	3
357	Nacięcie, rozdzielenie i wycięcie nerwów obwodowych	3
358	Zniszczenie nerwu obwodowego	3
359	Zniszczenie nerwu czaszkowego	3
360	Odbarczenie nerwów czaszkowych	3
361	Odbarczenie nerwów obwodowych	3
362	Odbarczenie zwoju nerwowego	3
363	Przeszczep nerwu obwodowego	3
364	Przeszczep nerwu czaszkowego	3
365	Przemieszczenie nerwu obwodowego	3
366	Przemieszczenie nerwu czaszkowego	3
367	Zespolenie nerwu czaszkowego	3
368	Zespolenie nerwu obwodowego	3
369	Sympatektomia	3
370	Operacja naprawcza nerwu współczulnego lub zwoju	3
Operacje endokrynologiczne		
371	Obustronne usunięcie nadnerczy	1
372	Całkowite wycięcie przysadki	1
373	Częściowe usunięcie tarczycy	2
374	Całkowite usunięcie tarczycy	2
375	Wycięcie przytarczyc	2
376	Częściowe wycięcie przysadki	2
377	Całkowite usunięcie grasicy	2

378	Otwarta biopsja tarczycy	3
379	Częściowe usunięcie nadnercza/nadnerczy	3
380	Operacja naprawcza nadnercza	3
381	Operacja szyszynki	3
382	Częściowe usunięcie grasicy	3
Operacje okulistyczne		
383	Wytrzewienie/wyłuszczenie oczodołu	1
384	Wytrzewienie/wyłuszczenie gałki ocznej	2
385	Wycięcie zmiany powieki	3
386	Operacja korekcyjna opadania powiek	3
387	Operacja korekcyjna przykurczu powiek	3
388	Operacja korekcyjna podwiniętej lub wywiniętej powieki	3
389	Rekonstrukcje powieki przy pomocy płata/przeszczepu	3
390	Wycięcie gruczołu łzowego	3
391	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	3
392	Wycięcie woreczka/dróg łzowych	3
393	Wycięcie zmiany ze spojówki	3
394	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	3
395	Usunięcie zrostów spojówki/lub powiek	3
396	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	3
397	Usunięcie skrzydlika	3
398	Wycięcie zmiany rogówki	3
399	Operacje naprawcze rogówki	3
400	Przeszczep rogówki	3
401	Wycięcie tęczówki	3
402	Wycięcie zmiany w zakresie tęczówki	3
403	Wycięcie zmiany w zakresie ciałka rzęskowego	3
404	Wytworzenie przetoki twardówki	3
405	Usunięcie zmiany twardówki	3
406	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	3
407	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	3
408	Wszczepienie soczewki	3
409	Usunięcie zmiany siatkówki	3
410	Usunięcie zmiany naczyniówki	3
411	Operacja naprawcza rozerwania siatkówki	3
412	Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki z klamrowaniem twardówki i wszczepem	3
413	Operacje mięśni okoruchowych	3
414	Osteoplastyka lub dekompresja oczodołu	3
Operacje dotyczące ucha		
415	Amputacja ucha zewnętrznego	3
416	Operacje rekonstrukcyjne w zakresie ucha środkowego	3
417	Mastoidektomia	3
418	Wycięcie zmiany ucha środkowego	3
419	Fenestracja ucha wewnętrznego	3
420	Nacięcie, wycięcie i zniszczenie ucha wewnętrznego	3
421	Wszczepienie elektromagnetycznej protezy słuchowej	3
422	Wszczepienie protezy ślimaka	3
Operacje dotyczące nosa, jamy ustnej i gardła		
423	Radykalne usunięcie języka	1
424	Całkowite usunięcie języka	2
425	Amputacja nosa	2
426	Wycięcie małżowiny nosa	3
427	Inne wycięcie zatoki nosa	3
428	Podśluzówkowe wycięcie przegrody nosa	3
429	Operacyjne nastawienie złamania nosa	3
430	Wycięcie zatoki szczękowej	3

431	Radykalna antrotomia zatoki szczękowej	3
432	Wycięcie zmiany języka	3
433	Częściowe wycięcie języka	3
434	Wycięcie zmiany ślinianki	3
435	Wycięcie ślinianki	3
436	Rozległe operacyjne wycięcie zmiany podniebienia twardego	3
437	Wycięcie migdałków podniebiennych	3
438	Wycięcie migdałka gardłowego	3
439	Wycięcie migdałka językowego	3
440	Wycięcie zmiany w gardle	3
Operacje układu mięśniowo-szkieletowego		
441	Spondylodeza pierwotna lub ponowna 2–3 kręgów	3
442	Spondylodeza pierwotna lub ponowna 4–8 kręgów	2
443	Spondylodeza pierwotna lub ponowna 9 lub więcej kręgów	1
444	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	1
445	Amputacja w zakresie ramienia	1
446	Wyłuszczenie w stawie barkowym	1
447	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	1
448	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	1
449	Amputacja powyżej kolana	1
450	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	1
451	Brzuszno-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	1
452	Replantacja uda	1
453	Częściowe wycięcie żuchwy	2
454	Operacyjne wycięcie krążka międzykręgowego	2
455	Operacyjne usztywnienie kręgosłupa	2
456	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	2
457	Całkowita endoproteza barku	2
458	Amputacja i wyłuszczenie kciuka w stawie	2
459	Amputacja w zakresie dłoni (przez nadgarstek)	2
460	Wyłuszczenie dłoni w stawie	2
461	Amputacja w zakresie przedramienia	2
462	Amputacja w zakresie stopy	2
463	Wyłuszczenie w stawie skokowym	2
464	Amputacja stopy w zakresie kostek bocznych	2
465	Amputacja poniżej kolana	2
466	Replantacja kciuka	2
467	Replantacja przedramienia	2
468	Replantacja nadgarstka/dłoni	2
469	Replantacja górnej części ramienia	2
470	Replantacja stopy	2
471	Replantacja dolnej części podudzia/kostki	2
472	Częściowe wycięcie kości twarzy	3
473	Operacje naprawcze w zakresie kości twarzy	3
474	Przeszczep kostny kości twarzy	3
475	Nacięcie, wycięcie i rozdzielenie innych kości	3
476	Operacja w obrębie kości, z wyłączeniem kości twarzy	3
477	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji	3
478	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną	3
479	Otwarte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji	3
480	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną	3
481	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości	3
482	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości	3
483	Otwarte nastawienie zwichnięcia	3
484	Artroskopia	3
485	Przecięcie torebki stawu	3

486	Przecięcie ścięgna	3
487	Przecięcie chrząstki	3
488	Chemonukleoliza/zniszczenie laserem krążka międzykręgowego	3
489	Wycięcie łękotki kolana	3
490	Całkowite wycięcie błony maziowej	3
491	Częściowe wycięcie błony maziowej	3
492	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu	3
493	Powtórne operacyjne usztywnienie kręgosłupa	3
494	Artrodeza i operacyjne ograniczenie ruchomości stopy	3
495	Artrodeza i operacyjne ograniczenie ruchomości stawu skokowego	3
496	Artrodeza innego stawu	3
497	Zabiegi naprawcze w zakresie stawów kończyny dolnej	3
498	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
499	Operacja rewizyjna po endoprotezoplastyce stawu biodrowego	3
500	Całkowita lub częściowa endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3
501	Operacja rewizyjna po endoprotezoplastyce stawu kolanowego	3
502	Całkowita lub częściowa endoprotezoplastyka stawu skokowego	3
503	Endoprotezoplastyka stawów stopy/palców	3
504	Operacja rewizyjna po wymianie innych określonych stawów kończyny dolnej	3
505	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów ręki	3
506	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów palców	3
507	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów nadgarstka	3
508	Częściowa endoproteza stawu barkowego	3
509	Operacyjne leczenie nawykowego zwichnięcia barku	3
510	Artroplastyka stawu barkowego	3
511	Całkowita endoproteza stawu łokciowego	3
512	Artroplastyka stawu łokciowego	3
513	Częściowa endoproteza stawu łokciowego	3
514	Operacja rewizyjna po endoprotezoplastyce stawu kończyny górnej	3
515	Operacja na mięśniu dłoni	3
516	Operacja na ścięgnie dłoni	3
517	Operacja na rozcięgnie dłoniowym	3
518	Operacje w zakresie mięśni, z wyjątkiem ręki	3
519	Operacje w zakresie ścięgien, z wyjątkiem ręki	3
520	Operacje w zakresie powięzi, z wyjątkiem ręki	3
521	Operacje w zakresie kaletki, z wyjątkiem ręki	3
522	Amputacja i wyłuszczenie palca w stawie	3
523	Amputacja palca stopy	3
524	Replantacja palca	3
525	Replantacja palucha	3
526	Replantacja w zakresie kończyn – inna	3
527	Rewizja kikuta po operacji	3
528	Wszczepienie protezy kończyny	3
529	Operacyjne wszczepienie urządzeń do układu mięśniowo-szkieletowego	3
	Operacja powłok ciała	
530	Mastektomia	2
531	Wycięcie zmiany piersi	3
532	Wycięcie brodawki sutkowej	3
533	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	3
534	Całkowita rekonstrukcja piersi	3
535	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	3
536	Wolny przeszczep skóry	3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO OWU_G_GO_PZM_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–4, 6–9 § 4 ust. 3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–9 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Małżonka albo Partnera Życiowego, zwane dalej **OWU PZM**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU PZM stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU PZM mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo w ramach niniejszych OWU PZM przez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **poważne zachorowanie** – którakolwiek z jednostek chorobowych wymienionych w ust. 3;
   2) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na

głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

3) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

3. Poważne zachorowania w rozumieniu niniejszych OWU PZM oznaczają:
   1) **anemię aplastyczną** – przewlekłą, nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego, przebiegającą ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum 2 spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
      a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
      b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
      c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.

      Małżonek albo partner życiowy Ubezpieczonego musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub gdy u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci anemii aplastycznej;
   2) **angioplastykę naczyń wieńcowych (PTCA)** – pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50-procentowego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Konieczne jest przedłożenie Towarzystwu wyniku angiografii potwierdzającego przedoperacyjny stopień zwężenia światła tętnicy. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez lekarza kardiologa. Zwężenie drożności musi powodować pogorszenie funkcji komory lub zwiększać uszkodzenie określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego;
   3) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcję bakteryjną opon mózgowych powodującą zaburzenia funkcji mózgu i prowadzącą do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 kolejne miesiące. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
   4) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – chorobę rozwijającą się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnych u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadzącą do infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW). Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadków bakteryjnego zapalenia wsierdzia u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca;
   5) **bąblowca mózgu** – wymagającą usunięcia chirurgicznego zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu *echinococcus* (pęcherz bąblowcowy). Zdiagnozowanie musi być potwierdzone w rozpoznaniu histopatologicznym;
   6) **chorobę Alzheimera** – przewlekłą i postępującą degenerację tkanki mózgowej, prowadzącą do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich. W rozumieniu niniejszej definicji małżonek albo partner życiowy Ubezpieczonego musi być niezdolny przez okres minimum 6 kolejnych miesięcy do samodzielnego wykonywania przynajmniej 3 z wymienionych poniżej czynności życiowych:
      a) kąpiel – zdolność umycia się,
      b) ubieranie się,
      c) przemieszczanie się,
      d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
      e) odżywianie się.

      Zdiagnozowanie choroby Alzheimera musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadków otępienia oraz innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych lub nadużywania alkoholu lub narkotyków;
   7) **chorobę Creutzfeldta-Jakoba** – nieuleczalną chorobę układu nerwowego powodującą szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie odchyleń neurologicznych w badaniu klinicznym (w tym cech postępującego otępienia), EEG oraz badań obrazowych;
   8) **chorobę Huntingtona** – postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa;
   9) **chorobę neuronu ruchowego** – postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie obrazu klinicznego i wyniku badania elektromiografii;
   10) **chorobę Parkinsona** – postępującą chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do powstania ubytków neurologicznych. Do jej stwierdzenia niezbędne jest jednoczesne spełnienie wszystkich warunków podanych poniżej:
      a) choroba nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu,
      b) na podstawie obiektywnych objawów można stwierdzić, że choroba ma charakter postępujący,
      c) małżonek albo partner życiowy Ubezpieczonego musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania, przez okres minimum 6 kolejnych miesięcy, przynajmniej 3 z wymienionych czynności życiowych:
         i. kąpiel – zdolność umycia się,
         ii. ubieranie się,
         iii. przemieszczanie się,
         iv. toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
         v. odżywianie się.

      Zdiagnozowanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez lekarza neurologa.

      W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub czynniki toksyczne;
   11) **dystrofię mięśniową** – postępujący zanik mięśni prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji. Zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o standardy medyczne obowiązujące w chwili jej rozpoznawania, w tym o wyniki badań laboratoryjnych, biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Małżonek albo partner życiowy musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania przynajmniej 3 z wymienionych czynności życiowych:
      a) kąpiel – zdolność umycia się,
      b) ubieranie się,
      c) przemieszczanie się,
      d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
      e) odżywianie się;
   12) **gruźlicę** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu. Zdiagnozowanie musi

być potwierdzone przez lekarza pulmonologa lub internistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;

13) **kardiomiopatię** – trwałe i nierokujące poprawy upośledzenie funkcji lewej komory serca, prowadzące do wystąpienia przewlekłej niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory serca mniejszą niż 25%. Tak określona niewydolność krążenia musi się utrzymywać, pomimo stosowania odpowiedniego leczenia, przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadków, gdy przyczyną wystąpienia choroby było nadużywanie alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.
Zdiagnozowanie musi być postawione w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez kardiologa i być potwierdzone wynikami badań echokardiograficznych;

14) **łagodny guz mózgu, w tym oponiak** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 kolejnych miesięcy. Zdiagnozowanie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi, takimi jak CT lub MRI. W rozumieniu niniejszych OWU PZ z zakresu definicji wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;

15) **niedowład (paraliż)** – całkowitą, stałą utratę funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowaną urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 kolejnych miesięcy. Zdiagnozowanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;

16) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje ostrej niewydolności nerek wymagającej okresowej dializoterapii;

17) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. W rozumieniu niniejszych OWU PZM z zakresu definicji wyłączone są:
   a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym *carcinoma in situ* (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
   b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
   c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
   d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
   e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;

18) **oparzenie** – oparzenie III stopnia, które objęło co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego;

19) **operację aorty** – operację chirurgiczną tętniaka, koarktacji lub rozwarstwienia aorty wykonaną drogą laparotomii lub torakotomii, polegającą na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wyłączeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgii i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze, nie są objęte zakresem ubezpieczenia;

20) **operację zastawek serca** – przeprowadzoną na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymianę bądź naprawę chorobowo zmienionej jednej lub większej liczby zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje operacji wykonanych przy użyciu technik śródnaczyniowych;

21) **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operację chirurgiczną z otwarciem klatki piersiowej, mającą na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, jej wykonanie zaś musi być potwierdzone opinią lekarza kardiologa.
W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje zabiegów angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

22) **przeszczep narządu** – przeszczepienie małżonkowi albo partnerowi życiowego Ubezpieczonego jako biorcy jednego z wymienionych poniżej narządów bądź zamieszczenie małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego na liście biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych poniżej narządów:
   a) serca, płuca, trzustki, nerki, wątroby,
   b) szpiku kostnego po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku.
W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakresem definicji nie są objęte przeszczepy niewymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;

23) **ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – miejscową infekcję tkanki mózgowej prowadzącą do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań obrazowych (CT, MRI). Ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą. Ropień mózgu musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 kolejne miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii;

24) **schyłkową niewydolność wątroby** – całkowitą i nieodwracalną niewydolność funkcji wątroby przebiegającą z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
   a) stałej żółtaczki,
   b) wodobrzusza,
   c) encefalopatii wątrobowej;

25) **sepsę (posocznicę)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej 2 spośród następujących narządów lub układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki lub wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Zdiagnozowanie musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, w tym w dożylnym podawaniu antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej;
26) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego charakteryzująca się obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Deficyty neurologiczne z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi powinny utrzymywać się stale przez okres co najmniej 6 miesięcy;
27) **śpiączkę** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 kolejnych godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych;
28) **tężec** – ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagającą leczenia w szpitalu w postaci dożylnej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzoną przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych lub internistę na podstawie wystąpienia 1 z następujących objawów:
    a) bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
    b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
    c) uogólnione skurcze

    oraz objawów klinicznych, takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
29) **udar mózgu** – zgodnie z definicją OWU Głównego;
30) **utratę kończyny wskutek choroby** – amputację kończyny wskutek choroby:
    a) powyżej stawu skokowego – w przypadku kończyn dolnych,
    b) powyżej nadgarstka – w przypadku kończyn górnych;
31) **utratę mowy** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji mowy spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymującą się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;
32) **utratę słuchu** – całkowitą, stałą, obustronną i nieodwracalną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego i audiometrii impedancyjnej. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym;
33) **utratę wzroku** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
34) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężką infekcję wirusową mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) prowadzącą do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez przynajmniej 6 kolejnych tygodni. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje wirusowego zapalenia mózgu spowodowanego wirusem HIV;
35) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – ciężką postać choroby wymagającą wykonania całkowitej resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii). Zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza gastrologa;
36) **wściekliznę** – ostrą chorobę zakaźną wywołaną zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*) przebiegającą klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych lub internistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagające zastosowania leczenia w szpitalu;
37) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR. Do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
    a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
    b) przetoczenie krwi miało miejsce w czasie ponoszenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu poważnych zachorowań;
    c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
    d) małżonek albo partner życiowy Ubezpieczonego nie choruje na ciężką postać talasemii (*thalassaemia maior*) lub hemofilię;
38) **zakażoną martwicę trzustki** – wykonanie pierwszej operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki;
39) **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klace piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym. W rozumieniu niniejszych OWU PZM zakres definicji nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych;
40) **zawał serca** – zgodnie z definicją OWU Głównego;
41) **zgorzel gazową** – wymagające leczenia w warunkach szpitalnych ciężkie zakażenie przyranne, przebiegające z obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowane przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridum Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*, potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu u małżonka albo u partnera życiowego Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, z wyłączeniem przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA), Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego.
4. W przypadku przeprowadzenia u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu tego poważnego zachorowania. Jeżeli jednak w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PCTA) wystąpi u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego zawał serca, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości różnicy pomiędzy wypłaconą kwotą świadczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) a świadczeniem z tytułu zawału serca.
5. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego. W przypadku Ubezpieczonych, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
6. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 5.
7. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w ramach poniższych kategorii:
   1) kategoria 1 – operacja aorty, operacja zastawek serca, angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), kardiomiopatia, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), zawał serca, udar mózgu, śpiączka, niedowład (paraliż);
   2) kategoria 2 – anemia aplastyczna, bąblowiec mózgu, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfeldta-Jakoba, choroba Huntingtona, choroba neuronu ruchowego, niewydolność nerek, przeszczep narządu, schyłkowa niewydolność wątroby, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, łagodny guz mózgu, w tym oponiak, zakażona martwica trzustki;
   3) kategoria 3 – bakteryjne zapalenie opon mózgowych, bakteryjne zapalenie wsierdzia, oparzenia, utrata mowy, utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny wskutek choroby, tężec, wścieklizna, gruźlica, zakażenie wirusem HIV, ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi, sepsa (posocznica), wirusowe zapalenie mózgu, wrzodziejące jelita grubego, zgorzel gazowa.
8. Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa w ramach poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii.
9. W przypadku wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego więcej niż jednego nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia zostanie wypłacone jedno świadczenie, niezależnie od liczby i rodzajów stwierdzonych nowotworów.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, które było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
   2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego lub okaleczenia małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego na jego prośbę;
   3) chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, zastrzeżeniem postanowień ust. 3;
   4) choroby małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
   5) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
   6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
   7) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA);
   2) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub udar mózgu, lub przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – udar mózgu;
   3) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub zawał serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – zawał serca;
   4) chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca w przypadku poważnego zachorowania – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass);
   5) tętniaka aorty brzusznej lub piersiowej lub rozwarstwienie aorty brzusznej lub piersiowej, w przypadku poważnego zachorowania – operacja aorty;
   6) kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek, lub cukrzycową chorobę nerek (nefropatię cukrzycową) w przypadku poważnego zachorowania – niewydolność nerek;
   7) miażdżycę zarostową tętnic dolnych lub cukrzycę w przypadku poważnego zachorowania – utrata kończyny wskutek choroby;
   8) wirusowe zapalenie wątroby lub zakrzepicę żył wątrobowych lub nowotwór wątroby lub alkoholizm w przypadku poważnego zachorowania – schyłkowa niewydolność wątroby.
3. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania małżonka

albo partnera życiowego Ubezpieczonego, które wystąpiło na wskutek chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, do niższej z sum ubezpieczenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU PZM zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU PZM zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA
OWU_G_GO_PZD_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3, 5–7 § 4 ust. 2 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–7 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania Dziecka, zwane dalej **OWU PZD**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** Poważnego Zachorowania Dziecka.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU PZD stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU PZD mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo, w ramach niniejszych OWU PZD, poprzez użyte w nich określenie rozumie się:
   poważne zachorowanie – którakolwiek z jednostek chorobowych wymienionych w ust. 3;
3. Poważne zachorowania w rozumieniu niniejszych OWU PZD oznaczają:
   1) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcję bakteryjną opon mózgowych, powodującą zaburzenia funkcji mózgu i prowadzącą do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 kolejne miesiące. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
   2) **łagodny guz mózgu** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi

zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 kolejnych miesięcy. Zdiagnozowanie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi, takimi jak CT lub MRI. Z zakresu niniejszej definicji wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;

3) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania musi być potwierdzony przez lekarza nefrologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZD zakres definicji nie obejmuje ostrej niewydolności nerek wymagającej okresowej dializoterapii;
4) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. W rozumieniu niniejszych OWU PZD z zakresu definicji wyłączone są:
   a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym *carcinoma in situ* (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
   b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
   c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
   d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
   e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;
5) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z wymienionych poniżej narządów bądź zamieszczenie dziecka na liście biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych poniżej narządów:
   a) serca, płuca, trzustki, nerki, wątroby,
   b) szpiku kostnego po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku.
   W rozumieniu niniejszych OWU PZD zakresem ubezpieczenia nie są objęte przeszczepy niewymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;
6) **schyłkową niewydolność wątroby** – całkowitą i nieodwracalną niewydolność funkcji wątroby przebiegającą z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
   a) stałej żółtaczki,
   b) wodobrzusza,
   c) encefalopatii wątrobowej;
7) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężką infekcję wirusową mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) prowadzącą do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez przynajmniej 6 kolejnych tygodni. Zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. W rozumieniu niniejszych OWU PZD zakres definicji nie obejmuje wirusowego zapalenia mózgu spowodowanego wirusem HIV.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu u dziecka poważnego zachorowania.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania.
3. W razie wystąpienia w życiu dziecka w okresie odpowiedzialności zdarzenia wskazanego w ust. 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka.
4. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie dziecka. W przypadku Ubezpieczonych, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko poważne zachorowanie dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego poważnego zachorowania dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).
5. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 4.
6. W przypadku wystąpienia poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z danej kategorii:
   1) kategoria 1 – przeszczep wątroby, schyłkowa niewydolność wątroby;
   2) kategoria 2 – przeszczep nerki, niewydolność nerek;
   3) kategoria 3 – nowotwór złośliwy, przeszczep szpiku.
   Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa w ramach poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii w odniesieniu do tego dziecka.
7. W przypadku wystąpienia u dziecka więcej niż jednego nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia zostanie wypłacone jedno świadczenie niezależnie od liczby i rodzajów stwierdzonych nowotworów.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania dziecka, które było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
   1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
   2) chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u dziecka w okresie jednego roku przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2;
   3) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
2. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, i pod warunkiem, że poważne zachorowanie dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania, które wystąpiło na skutek chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub będących w trakcie diagnostyki przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, do niższej z sum ubezpieczenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego poważnego zachorowania dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU PZD zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU PZD zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO OWU_G_GO_SMWK_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–4 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–4 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, zwane dalej **OWU SMWK**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że poszczególne postanowienia OWU SMWK stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU SMWK mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo, w ramach niniejszych OWU SMWK, poprzez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – baloniarstwo, lotniarstwo, motolotnictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
   2) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych, z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;

3) **wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem pojazdu będącego w ruchu, będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszej definicji wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez pojazd.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem że:
   1) wypadek komunikacyjny, wskutek którego nastąpiła śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku komunikacyjnego;
   3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w aktach przemocy i terroru;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) choroby małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
4) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego w stanie pod wpływem alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5) kierowania pojazdem przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego bez wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
6) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego, lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy małżonek albo partner życiowy Ubezpieczonego był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SMWK zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SMWK zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI RODZICA LUB TEŚCIA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWU_G_GO_SRTNW_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–7 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–7 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Rodzica lub Teścia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU SRTNW**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU SRTNW stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU SRTNW mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo, w ramach niniejszych OWU SRTNW, poprzez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **macocha** – żona ojca Ubezpieczonego lub żona ojca małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędąca matką biologiczną odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędąca matką biologiczną odpowiednio Ubezpieczonego lub

małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
2) **ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego lub mąż matki małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędący ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego bądź wdowiec po matce małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, niebędący ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
3) **rodzic** – ojciec albo matka Ubezpieczonego, a także odpowiednio macocha albo ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Ubezpieczonego;
4) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
5) **teść** – ojciec albo matka małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, a także odpowiednio macocha bądź ojczym małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego;
6) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica lub teścia Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia nie żyje małżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony:
   1) nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz
   2) nie wskazał partnera życiowego,
   3) dostarczył oświadczenie o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
5. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia nie żyje partner życiowy Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że:
   1) Ubezpieczony nie dokonał na deklaracji przystąpienia zmiany partnera życiowego oraz
   2) Ubezpieczony nie wstąpił w związek małżeński.
6. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci teścia przysługuje, jeżeli w chwili śmierci teścia wobec Ubezpieczonego i jego małżonka nie została orzeczona separacja.
7. Z tytułu śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia z tytułu śmierci rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku lub dwa świadczenia z tytułu śmierci teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału rodzica lub teścia Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) choroby rodzica lub teścia Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
4) pozostawania przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5) kierowania przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
6) kierowania przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez rodzica lub teścia sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym, z wyjątkiem sytuacji, gdy rodzic lub teść Ubezpieczonego był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SRTNW zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SRTNW zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI DZIECKA
OWU_G_GO_SD_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3, 5 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–5 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Dziecka, zwane dalej **OWU SD**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci dziecka.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie, skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU SD stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

Pojęcia stosowane w niniejszych OWU SD mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka.
3. W przypadku śmierci dziecka w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć dziecka. W przypadku osób, które były objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy

ubezpieczenia, i pod warunkiem, że ryzyko śmierć dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego śmierci dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na moment zajścia zdarzenia).

5. W stosunku do przechodzących na emeryturę pracowników Grupy Poczty Polskiej oraz ich małżonków albo partnerów życiowych lub pełnoletnich dzieci, o których mowa w § 5 ust. 3 Umowy Głównej, nie ma zastosowania zapis ust. 4.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci dziecka, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SD zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SD zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚMIERCI DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWU_G_GO_SDNW_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3 § 5 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3 § 4 § 5 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej **OWU SDNW**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU SDNW stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia stosowane w niniejszych OWU SDNW mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Dodatkowo, w ramach niniejszych OWU SDNW, poprzez użyte w nich określenia rozumie się:
   1) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane

na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;

2) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych; za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się zajęć organizowanych przez szkołę, do której uczęszcza dziecko.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
   1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
   2) śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
3) choroby dziecka zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
4) pozostawania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5) kierowania przez dziecko pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
6) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji bycia przez dziecko pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Postanowienia końcowe

§ 5

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU SDNW zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU SD zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA URODZENIA WNUKA
OWUG_GO_UW_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–5 § 4 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–6 § 4 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Urodzenia Wnuka, zwane dalej **OWU UW**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** urodzenia wnuka.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU UW stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU UW mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Przez użyte w niniejszych OWU UW określenia rozumie się:
   wnuk – dziecko własne, które urodziło się po 22. tygodniu trwania ciąży lub przysposobione córki albo syna Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest urodzenie się wnuka Ubezpieczonemu.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest urodzenie wnuka żywego.
3. W przypadku urodzenia się wnuka Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia wnuka.

4. W przypadku urodzenia się kolejnego wnuka Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia wnuka.
5. W przypadku wnuka przysposobionego zarówno przysposobienie wnuka, jak i urodzenie wnuka musi nastąpić w okresie ubezpieczenia.
6. W okresie pierwszych 10 miesięcy od dnia wskazanego w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie wnuka.

Postanowienia końcowe

§ 4

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU UW zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU UW zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NOWOTWORÓW ORAZ CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA
OWUG_GO_NCHK_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–3 § 4 § 6 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 3–8 § 4 § 5 § 6 ust. 1

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Wypadek Nowotworów oraz Chorób Układu Krążenia, zwane dalej **OWU NCHK**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU NCHK stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU NCHK mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Przez użyte w niniejszych OWU NCHK określenia rozumie się:
   1) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
   2) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym *carcinoma in situ* (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;

3) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym *(in situ)*** – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawowej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, który został zakwalifikowany według ICD-10:
a) D00 – rak *in situ* jamy ustnej, przełyku i żołądka,
b) D01 – rak *in situ* innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
c) D02 – rak *in situ* ucha środkowego i układu oddechowego,
d) D05 – rak *in situ* sutka,
e) D06 – rak *in situ* szyjki macicy,
f) D07 – rak *in situ* innych i nieokreślonych narządów płciowych,
g) D09 – rak *in situ* innych i nieokreślonych umiejscowień;

4) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne, na które składają się wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe służące ustaleniu rozpoznania choroby lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie choroby;
5) **udar mózgu** – zgodnie z definicją OWU Umowy Głównej;
6) **Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie, na podstawie której Ubezpieczony uzyskuje ochronę ubezpieczeniową, zawierana na podstawie OWU Umowy Głównej;
7) **zawał serca** – zgodnie z definicją OWU Umowy Głównej;
8) **zdiagnozowanie choroby** – za dzień zdiagnozowania choroby dla poszczególnych zdarzeń uważa się:
a) datę wyniku badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie nowotworu złośliwego bądź innego badania jednoznacznie potwierdzającego rozpoznanie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (*in situ*),
b) datę rozpoznania choroby przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą – w przypadku rozpoznania zawału serca albo udaru mózgu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby w okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia zawału serca albo udaru mózgu Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie odpowiednio albo za zawał serca, albo za udar mózgu.
4. W przypadku zdiagnozowania choroby w okresie pierwszych 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego, stosuje się karencję. W tym okresie odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do sumy wpłaconych składek z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
5. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tej choroby kończy się z chwilą wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania choroby.
6. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego zawału serca albo udaru mózgu odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tych chorób kończy się z chwilą wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania choroby.
7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (*in situ*) odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tej choroby kończy się z chwilą wypłaty 30% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania choroby.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia wygasa z upływem dnia 67. urodzin Ubezpieczonego.

Rodzaje i wysokość świadczeń

§ 4

1. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia nowotworu złośliwego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania choroby aktualnej na dzień postawienia diagnozy.
2. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (*in situ*) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania choroby aktualnej na dzień postawienia diagnozy.
3. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia zawału serca albo udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania choroby aktualnej na dzień postawienia diagnozy.
4. Jeżeli w okresie ubezpieczenia zdiagnozowany nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (*in situ*) zostanie zdiagnozowany ponownie i okaże się nowotworem złośliwym, poza świadczeniem należnym z tytułu nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (*in situ*), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu nowotworu złośliwego w pełnej należnej wysokości.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe przed okresem ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia rozpoznano u Ubezpieczonego:
1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu, tzw. TIA, lub miażdżycę uogólnioną tętnic – w przypadku zdiagnozowania udaru mózgu;
2) chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca – w przypadku zdiagnozowania zawału serca.
3. W przypadku zdiagnozowania choroby u Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które powstały wskutek (adekwatny związek przyczynowo-skutkowy):
1) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
2) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

Postanowienia końcowe

§ 6

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU NCHK zastosowanie mają postanowienia OWU Głównego.
2. Niniejsze OWU NCHK zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNEGO
OWUG_GO_AM_07_2021

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 3 ust. 2–7 § 4–6 § 8 § 9 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 § 3 ust. 4–7 § 4–7 § 9 ust. 2

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Assistance Medycznego, zwane dalej **OWU AM**, mają zastosowanie do **Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego** assistance medycznego.
2. Objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego może nastąpić jedynie w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy Głównej oraz Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
3. Zasady odstąpienia od Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia są zgodne z zasadami przyjętymi dla Umowy Głównej. Odstąpienie od Umowy Głównej lub jej wypowiedzenie skutkuje odstąpieniem lub wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się i kończy zgodnie z zasadami przyjętymi w Umowie Głównej, chyba że postanowienia OWU AM stanowią inaczej.

Definicje

§ 2

1. Pojęcia zdefiniowane w niniejszych OWU AM mają takie samo znaczenie jak w **OWU Głównym**.
2. Przez użyte w niniejszych OWU AM określenia rozumie się:
   1) **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie realizacji świadczeń w ramach assistance medycznego;

2) **dzień roboczy** – dni od poniedziałku do piątku, które nie są dniami ustawowo wolnymi od pracy;
3) **lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Centrum Alarmowe w celu sporządzenia drugiej krajowej opinii medycznej;
4) **lekarz specjalista** – lekarz medycyny, który uzyskał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny i posiada aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce;
5) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
   a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym *carcinoma in situ* (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
   b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
   c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
   d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
   e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;
6) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym *(in situ)*** – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawowej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, który został zakwalifikowany według ICD-10:
   a) D00 – rak *in situ* jamy ustnej, przełyku i żołądka,
   b) D01 – rak *in situ* innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
   c) D02 – rak *in situ* ucha środkowego i układu oddechowego,
   d) D05 – rak *in situ* sutka,
   e) D06 – rak *in situ* szyjki macicy,
   f) D07 – rak *in situ* innych i nieokreślonych narządów płciowych,
   g) D09 – rak *in situ* innych i nieokreślonych umiejscowień;
7) **ośrodek referencyjny** – podmiot lub wyodrębniona z jego struktury jednostka wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, które uzyskały akredytację w zakresie przedmiotu referencyjności na podstawie przepisów ustawy o systemie oceny zgodności lub akredytację Światowej Organizacji Zdrowia lub Europejskiego Centrum do spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób;
8) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny niezbędny do rehabilitacji sprzęt, który ułatwia lub umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;
9) **udar mózgu** – zgodnie z definicją OWU Umowy Głównej;
10) **Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie, na podstawie której Ubezpieczony uzyskuje ochronę ubezpieczeniową, zawierana na podstawie OWU Umowy Głównej;
11) **Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia** – umowa ubezpieczenia dodatkowego, na podstawie której Ubezpieczony uzyskuje ochronę ubezpieczeniową, zawierana na podstawie OWU Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia;
12) **zawał serca** – zgodnie z definicją OWU Umowy Głównej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem assistance medycznego objęte jest zdiagnozowanie w okresie ubezpieczenia choroby wskazanej w Umowie Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
3. Assistance medyczny obejmuje:
   1) **Pakiet Onkologiczny** – w przypadku nowotworu złośliwego lub nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (*in situ*):
      a) konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną,
      b) pomoc medyczną (pomoc psychologa, wizyta pielęgniarska po hospitalizacji, transport medyczny, konsultacje dietetyka, dostarczenie leków),
      c) pomoc domowa po hospitalizacji,
      d) zakwaterowanie osoby towarzyszącej,
      e) rehabilitację,
      f) organizację i dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,
      g) organizację i dofinasowanie zakupu peruki lub protezy,
      h) drugą krajową opinię medyczną,
      i) badania profilaktyczne,
      j) infolinię medyczną związaną z chorobami i o hospicjach oraz infolinię doradca w chorobie;
   2) **Pakiet Choroby Krążenia** – w przypadku zawału serca albo udaru mózgu:
      a) konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną,
      b) pomoc medyczną (pomoc psychologa, wizyta pielęgniarska po hospitalizacji, transport medyczny, konsultacje dietetyka, dostarczenie leków),
      c) pomoc domowa po hospitalizacji,
      d) zakwaterowanie osoby towarzyszącej,
      e) rehabilitację,
      f) organizację i dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,
      g) drugą krajową opinię medyczną,
      h) badania profilaktyczne,
      i) infolinię medyczną związaną z chorobami i o hospicjach oraz infolinię doradca w chorobie.
4. Świadczenia z tytułu assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Do świadczeń z tytułu assistance medycznego uprawniony jest Ubezpieczony, któremu Towarzystwo przyznało świadczenie, o którym mowa w Umowie Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
6. Z tytułu Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie przez 12 miesięcy, za wyjątkiem świadczeń, o których mowa w ust 7.
7. Pomoc psychologa przysługuje Ubezpieczonemu przez 180 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługi infolinii medycznej oraz infolinii doradcy w chorobie nie są limitowane.

Rodzaje i wysokości świadczeń – Pakiet Onkologiczny

§ 4

W przypadku nowotworu złośliwego lub nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (*in situ*), Ubezpieczony może skorzystać z następujących świadczeń:

1. **Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna z lekarzem specjalistą**
   a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z lekarzem specjalistą;
   b) Ubezpieczonemu przysługuje 1 konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna, według wyboru Ubezpieczonego, z lekarzem specjalistą. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
   c) czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym. Świadczenie realizowane jest w dni robocze, według wyboru Ubezpieczonego, w formie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji;

d) przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Ubezpieczony może przesłać lekarzowi specjaliście drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia;
e) lekarz udzielający konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej po tej konsultacji może przesłać Ubezpieczonemu drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone przez siebie badania.

2. **Pomoc psychologa**
   a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa (koszty wizyty + koszty transportu);
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
3. **Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji**
   a) w przypadku gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje opieki pielęgniarskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
      i. wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczenia terapeutyczne, okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, wykonanie zastrzyku, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego,
      ii. wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiar ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego;
   b) świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w lit. a;
   c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 4 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
4. **Pomoc domowa po hospitalizacji**
   a) gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje pomocy w domu, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
   b) zakres świadczenia pomocy domowej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
      i. utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej i ewentualnie brodzika, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej,
      ii. przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków),
      iii. robienie zakupów niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności,
      iv. podlewanie kwiatów,
      v. wyrzucanie śmieci;
   c) zakupy, o których mowa w lit b, realizowane są w miejscach wskazanych przez Ubezpieczonego w odległości nie większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
   d) świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów;
   e) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
5. **Transport medyczny**
   W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Ubezpieczonego z jego miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Ubezpieczonego do jego miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego nie więcej niż do 350 km, z zastrzeżeniem lit. a.
   a) Towarzystwo nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim wypadku lekarz Centrum Alarmowego wyjaśni Ubezpieczonemu przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z Ubezpieczonym sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego;
   b) decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Alarmowe po konsultacji z lekarzem Ubezpieczonego, uwzględniając stan zdrowia Ubezpieczonego, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu;
   c) w celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Centrum Alarmowemu dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia;
   d) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
6. **Konsultacja dietetyka**
   a) gdy powstanie konieczność konsultacji dietetyka, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i o dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej);
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
7. **Dostarczenie leków**
   a) gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Ubezpieczonego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego;
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
   c) świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów leków.
8. **Zakwaterowanie osoby towarzyszącej**
   a) gdy podczas hospitalizacji Ubezpieczonego (minimum 24 godziny) powstanie konieczność zakwaterowania osoby towarzyszącej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania osoby towarzyszącej wskazanej przez Ubezpieczonego (nocleg z wliczonym śniadaniem) w hotelu znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego (kategoria do trzech gwiazdek).
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych, po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
9. **Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego**
   a) gdy zgodnie ze wskazaniami lekarza Ubezpieczonego powinien Ubezpieczony używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Ubezpieczonemu do jego miejsca zamieszkania sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu Ubezpieczonego do miejsca zakupu, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem;
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
   c) świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu rehabilitacyjnego.
10. **Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy**
    a) gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami lekarza Centrum Alarmowego powstanie konieczność używania przez Ubezpieczonego peruki lub protezy, Centrum Alarmowe zorganizuje i dofinansuje zakup zaleconej peruki lub protezy;
    b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
    c) świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki lub protezy.

W odniesieniu do pkt 2–10, w ramach Pakietu Onkologicznego Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń nieprzekraczających kwoty 7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia.

11. **Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji**
    a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje Ubezpieczonemu transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
    b) Ubezpieczony może wykorzystać maksymalnie kwotę 1500 zł na organizację i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji. Limit ten nie odnawia się;
    c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
12. **Druga krajowa opinia medyczna**
    a) w drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Alarmowe zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Ubezpieczonemu i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta praktykującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego leczenia;
    b) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta maksymalnie do kwoty 50 000 zł. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
    c) pisemna opinia, o której mowa w pkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz sposobu leczenia na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji i zawiera:
        i. opis historii choroby Ubezpieczonego,
        ii. opinię lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
        iii. propozycje dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez lekarza konsultanta,
        iv. informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną;
    d) W celu realizacji świadczenia konieczne jest, aby Ubezpieczony przekazał do Centrum Alarmowego pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce i leczeniu Ubezpieczonego. W razie nieprzekazania przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana;
    e) świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
13. **Badania profilaktyczne**
    a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty podstawowej diagnostyki (morfologia, cytologia, PSA);
    b) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie zorganizowania badania i pokrycia jego kosztów raz w roku ubezpieczeniowym. Limit tego świadczenia nie odnawia się.

Rodzaje i wysokości świadczeń – Pakiet Choroby Krążenia

§ 5

W przypadku zawału serca albo udaru mózgu Ubezpieczony może skorzystać z następujących świadczeń:

1. **Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna z lekarzem specjalistą**
    a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z lekarzem specjalistą;
    b) Ubezpieczonemu przysługuje jedna konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna z lekarzem specjalistą, według wyboru Ubezpieczonego. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
    c) czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym. Świadczenie realizowane jest w dni robocze, według wyboru Ubezpieczonego, w formie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji;
    d) przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Ubezpieczony może przesłać lekarzowi specjaliście drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia;
    e) lekarz udzielający konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej po tej konsultacji może przesłać Ubezpieczonemu drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone przez siebie badania.
2. **Pomoc psychologa**
    a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa (koszty wizyty + koszty transportu);
    b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
3. **Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji**
    a) gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje opieki pielęgniarskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
        i. wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, wykonania zastrzyku, podawania leków – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego,
        ii. wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego;
    b) Świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w lit. a;
    c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 4 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
4. **Pomoc domowa po hospitalizacji**
    a) gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje pomocy w domu, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
    b) zakres świadczenia pomocy domowej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
        i. utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej i ewentualnie brodzika, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej,
        ii. przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków),
        iii. robienie zakupów niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności,
        iv. podlewanie kwiatów,
        v. wyrzucanie śmieci;
    c) zakupy, o których mowa w lit. b, realizowane są w miejscach wskazanych przez Ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
    d) świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów;
    e) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych, po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
5. **Transport medyczny**
    W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Ubezpieczonego z jego miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Ubezpieczonego do jego miejsca

zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego, nie więcej niż do 350 km z zastrzeżeniem lit. a.

a) Towarzystwo nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz Centrum Alarmowego wyjaśni Ubezpieczonemu przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z Ubezpieczonym sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego;
b) decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Alarmowe po konsultacji z lekarzem Ubezpieczonego, uwzględniając stan zdrowia Ubezpieczonego, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu;
c) Aby umożliwić spełnienie świadczenia transportu medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Centrum Alarmowemu dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia;
d) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

6. **Konsultacja dietetyka**
   a) gdy powstanie konieczność konsultacji dietetyka, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i o dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej);
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
7. **Dostarczenie leków**
   a) gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Ubezpieczonego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego.
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
   c) świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów leków.
8. **Zakwaterowanie osoby towarzyszącej**
   a) gdy podczas hospitalizacji Ubezpieczonego (minimum 24 godziny) powstanie konieczność zakwaterowania osoby towarzyszącej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania osoby towarzyszącej wskazanej przez Ubezpieczonego (nocleg z wliczonym śniadaniem) w hotelu znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego (kategoria do trzech gwiazdek);
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych, po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
9. **Organizacji i dostawy sprzętu rehabilitacyjnego**
   a) gdy zgodnie ze wskazaniami lekarza Ubezpieczonego, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Ubezpieczonemu do jego miejsca zamieszkania sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu Ubezpieczonego do miejsca zakupu, w sytuacji gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem;
   b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
   c) świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu rehabilitacyjnego.

W odniesieniu do pkt 2–9 w ramach pomocy medycznej Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń nieprzekraczających kwoty 7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia.

10. **Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji**
    a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje Ubezpieczonemu transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
    b) Ubezpieczony może wykorzystać maksymalnie kwotę 1500 zł na organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji. Powyższy limit nie odnawia się;
    c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
11. **Druga krajowa opinia medyczna**
    a) w drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Alarmowe zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Ubezpieczonemu i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta praktykującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej będącego specjalistą w danej dziedzinie w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia;
    b) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta maksymalnie do kwoty 50 000 zł. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
    c) Pisemna opinia, o której mowa w pkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz sposobu leczenia na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentację i zawiera:
       i. opis historii choroby Ubezpieczonego,
       ii. opinię lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
       iii. propozycje dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą zalecanego przez lekarza konsultanta,
       iv. informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną;
    d) aby zrealizować świadczenie, konieczne jest przekazanie przez Ubezpieczonego do Centrum Alarmowego pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczonego kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana;
    e) świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
12. **Badania profilaktyczne**
    a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty podstawowej diagnostyki (morfologia, cytologia, PSA);
    b) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów raz w roku ubezpieczeniowym. Limit tego świadczenia nie odnawia się.

Rodzaje świadczeń – infolinia medyczna

§ 6

Dodatkowo Ubezpieczony może skorzystać z następujących świadczeń:

1. **Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach**
   Centrum Alarmowe oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Ubezpieczonemu ogólnej informacji na temat:
   a) placówek hospicyjnych, w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Ubezpieczonego,
   b) zasad występowania o opiekę hospicyjną,
   c) możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych,
   d) fundacji onkologicznych.
2. **Infolinia doradca w chorobie**
   Świadczenie polega na możliwości uzyskania informacji na temat badań, jakie należy wykonać w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby, o tym, jak wygląda leczenie, jakie są możliwości, nazwy szpitali specjalizujących się w leczeniu danej choroby, co należy zrobić w przypadku diagnozy choroby.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

1. Zakres assistance medycznego nie obejmuje kosztów świadczeń powstałych z tytułu lub w następstwie:
   1) pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacji w przypadku chorób wymagających stałego leczenia lub opieki medycznej,
   2) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Alarmowego.
2. Ponadto z zakresu odpowiedzialności wyłączone są:
   1) koszty świadczeń realizowanych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
   2) leczenie oraz transport, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga interwencji pogotowia ratunkowego,
   3) koszty poniesione przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia Centrum Alarmowego,
   4) następstwa zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

Organizacja świadczenia

§ 8

1. W celu skorzystania ze świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Alarmowym i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko,
   2) dokładny adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
   3) numer PESEL bądź numer certyfikatu,
   4) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
   5) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Ponadto Ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) udzielić pracownikowi lub lekarzowi współpracującemu z Centrum Alarmowym wszelkich zgód niezbędnych do realizacji świadczenia assistance medycznego,
   2) nie zlecać innym podmiotom wykonania czynności objętych zakresem assistance medycznego,
   3) współdziałać z pracownikiem Centrum Alarmowego w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
3. W przypadku gdy Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia w terminie określonym dla danej usługi (w razie braku innych uzgodnień między Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym co do terminu wykonania świadczenia) lub wyrazi zgodę na wykonanie na rzecz Ubezpieczonego tego świadczenia przez inny podmiot lub osobę, wówczas Ubezpieczonemu przysługuje prawo wystąpienia do Centrum Alarmowego z wnioskiem o refundację poniesionych kosztów, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Wniosek o refundację poniesionych kosztów należy przesłać na adres Centrum Alarmowego.
5. Dokumentacja, o której mowa w ust. 4, powinna zawierać:
   1) numer certyfikatu,
   2) szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
   3) oryginał lub kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą diagnozę oraz zalecone leczenie,
   4) rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią Centrum Alarmowemu określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na wykonanie danego świadczenia przez inny podmiot lub osobę niż Centrum Alarmowe.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W razie zmiany adresu Centrum Alarmowego Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, a Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Ubezpieczonych; zmiana adresu Centrum Alarmowego nie stanowi zmiany Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, to w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU AM mają zastosowanie postanowienia Umowy Głównej oraz Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
3. Niniejsze OWU AM zostały zatwierdzone Uchwałą nr 41/2021 Zarządu Pocztowego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 15 lipca 2021 r. i wchodzą w życie z dniem 1 sierpnia 2021 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU_G_GO_NCHK_07_2021

1. Pakiet onkologiczny

Świadczenie assistance	Czynności Centrum Alarmowego	Limity
Druga krajowa opinia medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	50 000 zł
Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz
Pomoc psychologa	organizacja i pokrycie kosztów	7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia
Pomoc domowa po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Wizyta pielęgniarki po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów	
Zakwaterowanie osoby towarzyszącej	organizacja i pokrycie kosztów	
Konsultacja dietetyka	organizacja i pokrycie kosztów	
Dostarczenie leków	organizacja i pokrycie kosztów	
Organizacja i transport sprzętu rehabilitacyjnego	organizacja i pokrycie kosztów	
Peruka/proteza	organizacja i pokrycie kosztów	
Rehabilitacja	organizacja i pokrycie kosztów	1 500 zł
Infolinia medyczna związana z chorobami i o hospicjach	Infolinia	Bez limitu
Infolinia doradca w chorobie	Infolinia	Bez limitu
Badania profilaktyczne – podstawowa diagnostyka, np.: morfologia, PSA, cytologia	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz w roku ubezpieczeniowym

2. Pakiet choroby krążenia

Świadczenie assistance	Czynności Centrum Alarmowego	Limity
Druga krajowa opinia medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	50 000 zł
Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz
Pomoc psychologa	organizacja i pokrycie kosztów	7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia
Pomoc domowa po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Wizyta pielęgniarki po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów	
Zakwaterowanie osoby towarzyszącej	organizacja i pokrycie kosztów	
Konsultacja dietetyka	organizacja i pokrycie kosztów	
Dostarczenie leków	organizacja i pokrycie kosztów	
Organizacja i transport sprzętu rehabilitacyjnego	organizacja i pokrycie kosztów	
Rehabilitacja	organizacja i pokrycie kosztów	1500 zł
Infolinia medyczna związana z chorobami i o hospicjach	Infolinia	Bez limitu
Infolinia doradca w chorobie	Infolinia	Bez limitu
Badania profilaktyczne – podstawowa diagnostyka, np.: morfologia, PSA, cytologia	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz w roku ubezpieczeniowym

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU

Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku ma zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Umowy Ubezpieczenia Dodatkowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie	Ocena uszczerbku
Głowa	
1. Uszkodzenie powłok czaszki:	
a) powłok bez ubytków kostnych (rozległe, ciągnące, szpecące blizny w zależności od rozmiaru, tkliwości i ruchomości blizny)	
– nieznaczne, poniżej 5 cm	1%
– średnie, od 5 cm do 10 cm	3%
– znaczne, powyżej 10 cm	5%
b) oskalpowanie	
– poniżej 25% skóry owłosionej	7%
– od 25% do 75% skóry owłosionej	15%
– całkowite oskalpowanie (powyżej 75% skóry owłosionej)	25%
2. Uszkodzenie kości czaszki:	
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienia, fragmentacje, szczeliny itp.)	5%
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5 cm²	7%
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm² lub większej	15%
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand mal (rodzaj i liczba napadów muszą być potwierdzone dokumentacją medyczną):	
– z częstymi napadami grand mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%
– z napadami rzadkimi grand mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%
4. Całkowita utrata mowy wskutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%
Twarz	
5. Uszkodzenie powłok twarzy:	
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	
– nieznaczne, poniżej 5 cm	1%
– średnie, od 5 cm do 10 cm	3%
– znaczne, powyżej 10 cm	5%
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%
6. Utrata nosa:	
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%
b) częściowa utrata nosa	5%
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%
8. Utrata częściowa korony zęba	0,5%
9. Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%
10. Złamanie szczęki	5%
11. Złamanie żuchwy	5%
12. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%
13. Ubytek podniebienia	15%
14. Utrata języka:	
a) częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%
b) całkowita	50%

Narząd wzroku

15. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku w jednym lub obojgu oczach należy oceniać według tabeli poniżej. Ostrość wzroku ocenia się w zawsze po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

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

16. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szkłami:	
a) jednego oka	15%
b) obojga oczu	30%

17. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:

Zwężenie do	Procent uszczerbku		
	Przy nienaruszonym drugim oku	W obojgu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
Poniżej 10°	35	95	100

18. Połowicze niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60%
b) dwunosowe	30%
c) jednoimienne	25%
d) jednoimienne górne	10%
e) jednoimienne dolne	40%
Narząd słuchu	
19. Utrata małżowiny usznej:	
a) całkowita utrata	10%
b) częściowa utrata	3%

20. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz.

Procent uszczerbku		Ubytek słuchu w uchu prawym			
		0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Powyżej 70 dB
Ubytek słuchu w uchu lewym	0–25 dB	0	5	10	20
	26–40 dB	5	15	20	30
	41–70 dB	10	20	30	40
	Powyżej 70 dB	20	30	40	50

Szyja i jej narządy	
21. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	10%
22. Uszkodzenie krtani z jej zwężeniem:	
a) niewymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	10%
b) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	35%
23. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem	20%
24. Uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń szyi – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy	2%
25. Uszkodzenia przełyku:	
a) powodujące trudności w odżywianiu	10%
b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami	30%
c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową	80%
Klatka piersiowa i jej narządy	
26. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)	10%
27. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)	25%
28. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro	1,5%
29. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście	5%
30. Całkowita utrata jednego płuca	40%
31. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.)	3%
32. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płat	15%
33. Uszkodzenie serca:	
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany	30%
b) bez przerwania ciągłości jego ściany	10%
Jama brzuszna	
34. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej **Uwaga:** nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	8%

35. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
36. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
37. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a) jelita cienkiego	35%
b) jelita grubego	25%
38. Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60%
39. Przetoka okołoodbytnicza	10%
40. Całkowite usunięcie śledziony	15%
41. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
42. Uszkodzenie trzustki powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20%
Narządy moczowo-płciowe	
43. Całkowita utrata jednej nerki	40%
44. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20%
45. Całkowita utrata prącia	40%
46. Całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
47. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40%
48. Całkowita utrata macicy, do 50. roku życia	40%
49. Całkowita utrata macicy, powyżej 50. roku życia	20%
50. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	5%
51. Uszkodzenie pęcherza moczowego (zmniejszenie pojemności, zaburzenia w oddawaniu moczu, przewlekłe stany zapalne)	3%
52. Zwężenia cewki moczowej	5%
53. Pourazowy wodniak jądra	2%
54. Częściowa utrata prącia	10%
55. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy (ubytki, deformacje)	3%
Całkowita fizyczna utrata	
56. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	75%
b) staw barkowy wraz z łopatką	80%
c) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
d) w obrębie przedramienia	55%
e) na poziomie nadgarstka	50%
f) w obrębie ramienia z zachowaniem 1/3 bliższej kości ramiennej	60%
57. Kciuk:	
a) w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15%
b) utrata jednego paliczka	5%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca z uszkodzeniem kości	2%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca bez uszkodzenia kości	1%
58. Palec wskazujący:	
a) w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7%
b) utrata jednego lub dwóch paliczków	3%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca z uszkodzeniem kości	2%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca bez uszkodzenia kości	1%
59. Inny palec dłoni:	
a) w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
b) utrata jednego lub dwóch paliczków	2%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca z uszkodzeniem kości	1,5%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca bez uszkodzenia kości	1%
60. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	75%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c) w obrębie podudzia	50%
d) stopa w całości	40%
e) stopa z wyłączeniem pięty	30%
f) utrata stopy na poziomie stawu Choparta	30%
g) utrata stopy w stawie Lisfranka	20%
h) utrata stopy w obrębie kości śródstopia	15%

61. Paluch:	
a) w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
b) utrata jednego paliczka	3%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha z uszkodzeniem kości	2%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha bez uszkodzenia kości	1%
62. Inne palce stopy:	
a) inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%
b) częściowa utrata palca stopy na wysokości paliczka środkowego (za każdy palec)	1%
c) opuszki palca stopy	0,5%
Całkowita i trwała utrata władzy	
63. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	65%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c) w obrębie przedramienia	45%
d) na poziomie nadgarstka	40%
64. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
65. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
66. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
67. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	65%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c) w obrębie podudzia	40%
d) stopa w całości	30%
e) stopa z wyłączeniem pięty	20%
68. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
69. Inne palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy – złamania	
70. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
71. Złamanie blaszki granicznej kręgu (za każdy krąg)	1%
72. Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
73. Złamanie kości krzyżowej	4%
Narząd ruchu – złamania	
74. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej i kości krzyżowej):	
a) wieloodłamowe otwarte	25%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamania wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
75. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	16%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
76. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	12%
b) inne złamania otwarte	10%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	5%
77. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka:	
a) wieloodłamowe otwarte	10%
b) inne złamania otwarte	8%
c) inne złamanie wieloodłamowe	6%
d) inny rodzaj złamania	4%
78. Złamania kości palców dłoni (z wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródręcza:	
a) wieloodłamowe otwarte	5%
b) inne złamanie otwarte	4%
c) inne złamanie wieloodłamowe	3%
d) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%
Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej	
79. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
80. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
81. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
82. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2–6 cm	10%
b) powyżej 6 cm	25%

83. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
84. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
85. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%
Wytworzenie stawu rzekomego	
86. Staw rzekomy kości udowej	25%
87. Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
88. Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
89. Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
90. Staw rzekomy obojczyka	15%
91. Staw rzekomy kości ramieniowej	25%
92. Staw rzekomy kości promieniowej	15%
93. Staw rzekomy kości łokciowej	10%
94. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%
Uwaga: Łączny procent uszczerbku stwierdzony na podstawie poz. 63-69 i 74-94 nie może być wyższy niż procent uszczerbku przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 56-62 powyższej tabeli.	
Oparzenia	
95. Oparzenia – wyłącznie II i III stopnia:	
a) obejmujące od 1% do 2% powierzchni ciała	2%
b) obejmujące od 3% do 5% powierzchni ciała	3%
c) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
d) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	30%
e) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%
Urazy narządu ruchu (zwichnięcia, skręcenia i rany cięte)	
96. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
– I stopnia	1%
– II stopnia	3%
– III stopnia	5%
97. Zwichnięcie stawu:	
a) krzyżowo-biodrowego	4%
b) łopatkowo-ramiennego, z wyłączeniem zwichnięć nawykowych	4%
98. Zwichnięcie, skręcenie stawu łokciowego	3%
99. Zwichnięcie, skręcenie w obrębie kości nadgarstka	2%
100. Zwichnięcie, skręcenie stawów międzypaliczkowych lub śródręczno-paliczkowych	1%
101. Zwichnięcie lub skręcenie stawu biodrowego (nie obejmuje zwichnięcia i skręcenia protezy stawu biodrowego)	4%
102. Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego	4%
103. Zwichnięcie rzepki	3%
104. Skręcenie lub zwichnięcie w stawie skokowym lub w obrębie stopy bądź w stawie skokowym i obrębie stopy	3%
105. Zwichnięcie kciuka lub palucha	2%
106. Zwichnięcie palców (stóp i dłoni) za każdy palec od II do V	1%
107. Rany cięte, szarpane:	
a) dłoni i stóp, powyżej 4 cm długości	2%
b) innych części ciała, powyżej 4 cm długości (nie dotyczy głowy, twarzy, dłoni i stóp)	1%
108. Zwichnięcie, skręcenie odcinka szyjnego lub piersiowego kręgosłupa	3%
109. Zwichnięcie, skręcenie kręgosłupa lędźwiowego	2%
110. Urazy tkanek miękkich:	
a) zerwanie ścięgna Achillesa	3%
b) ubytek mięśni ramienia powyżej 1% powierzchni ciała oraz uszkodzenie ścięgien	3%
c) ubytek mięśni przedramienia powyżej 1% powierzchni ciała oraz uszkodzenie ścięgien	3%
d) ubytek mięśni nadgarstka powyżej 1% powierzchni ciała oraz uszkodzenie ścięgien	3%
e) ubytek mięśni palców dłoni i stóp	2%
f) ubytek mięśni stawu biodrowego powyżej 1% powierzchni ciała	4%
g) ubytek mięśni uda powyżej 1% powierzchni ciała	3%
h) ubytek mięśni podudzia powyżej 1% powierzchni ciała	3%
i) ubytek mięśni okolicy stępu i śródstopia powyżej 1% powierzchni ciała	2%
j) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni ramienia lub barku	3%
k) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni przedramienia	2%
l) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni uda	3%
m) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni podudzia	2%
111. Uszkodzenie naczyń krwionośnych (tętnice, żyły, włośniczki), mięśni, nerwów	2%