

# Grupowe ubezpieczenie na życie Allianz Rodzina (GZ13)

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

**Produkt:** „Grupowe ubezpieczenie na życie Allianz Rodzina” (GZ13)

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje dotyczące umowy podane są Klientowi w treści wniosku ubezpieczeniowego, treści propozycji ubezpieczenia oraz Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina (indeks GZ13) zatwierdzonych uchwałą Zarządu nr 27/2024 (o.w.u.) wraz z załącznikami. Zwroty lub słowa pisane wielką literą oraz pogrubionym drukiem mają znaczenie nadane im w o.w.u.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

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



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ Ochroną ubezpieczeniową zawsze objęte jest życie Ubezpieczonego, tj. odpowiadamy w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **certyfikacie**. Jeżeli **umowa** to przewiduje, zakres ochrony może zostać rozszerzony również o inne świadczenia dodatkowe wskazane poniżej. Wówczas przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia lub zdrowia **małżonka** albo **partnera, dziecka, rodziców Ubezpieczonego** lub **rodziców małżonka** albo **rodziców partnera**.
- ✓ **Suma ubezpieczenia** jest ustalana przez strony **umowy** przy zawieraniu lub zmianie umowy. **Suma ubezpieczenia** może być wyrażona:
  - 1) kwotowo albo
  - 2) jako krotność kwoty podanej przez Ubezpieczającego dla każdego Ubezpieczonego.Ubezpieczający może, za naszą zgodą, zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą **rocznicę polisy**.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- Ubezpieczenie w zakresie śmierci Ubezpieczonego nie obejmuje w szczególności:
- ✗ zdarzeń ubezpieczeniowych, poza śmiercią, które mogą wystąpić w życiu i zdrowiu Ubezpieczonego;
  - ✗ zdarzeń ubezpieczeniowych, które mogą wystąpić w życiu i zdrowiu **małżonka** albo **partnera, dziecka, rodziców Ubezpieczonego** lub **rodziców małżonka** albo **rodziców partnera**.



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, które nastąpiło przed upływem 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy**;
- ! czynnego udziału Ubezpieczonego w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania Ubezpieczonego na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**;
- ! w razie **późnego przystąpienia do umowy**, stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty przystąpienia do umowy**, chyba że śmierć jest wynikiem **wypadku**;



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ W zakresie śmierci Ubezpieczonego ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata.



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

### Przed zawarciem umowy:

#### Obowiązki dotyczące Ubezpiezonego:

- Osoba przystępująca do **umowy** składa Ubezpieczającemu wypełnioną **deklarację przystąpienia**.
- Podanie nam do wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem umowy lub objęciem Ubezpiezonego ochroną. Jeżeli **umowa** zawierana jest przez przedstawiciela, na nim również ciąży ten obowiązek i obejmuje dodatkowo okoliczności jemu znane.
- Jeżeli jest to konieczne, przedłożenie dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym: kwestionariusza medycznego oraz dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia, a także poddanie się na nasz koszt badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych.

#### Obowiązki dotyczące Ubezpieczającego:

- Przekazanie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie **umowy** składanego na naszym formularzu.
- Dotarczenie do wniosku o zawarcie **umowy** listy osób przystępujących do ubezpieczenia oraz **deklaracji przystąpienia** każdej z osób przystępujących do ubezpieczenia.
- Podanie nam do wiadomości wszystkich znanych sobie okoliczności, o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem **umowy** lub objęciem Ubezpiezonego ochroną. Jeżeli **umowa** zawierana jest przez przedstawiciela, na nim również ciąży ten obowiązek i obejmuje dodatkowo okoliczności jemu znane.
- Opłacenie składki najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna.

### W trakcie trwania umowy:

#### Obowiązki dotyczące Ubezpieczającego:

- W razie zmiany liczby Ubezpieczonych po zawarciu **umowy**, Ubezpieczający jest zobowiązany do dostarczenia, najpóźniej ostatniego dnia każdego miesiąca obowiązującego **umowy** listy osób przystępujących do **umowy** w kolejnym miesiącu lub występujących z **umowy** z końcem bieżącego miesiąca, **deklaracji przystąpienia** wypełnionych przez osoby przystępujące do ubezpieczenia i zaakceptowanych przez Ubezpieczającego oraz innych wskazanych przez nas dokumentów.
- Opłacenie składki w wysokości i z częstotliwością ustaloną w **umowie**.

### W związku z wystąpieniem szkody:

#### Obowiązki dotyczące Ubezpiezonego/Spadkobiercy:

1. Zgłoszenie zdarzenia:
  - a) przez elektroniczny formularz na stronie allianz.pl,
  - b) telefonicznie 224 224 224,
  - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
  - d) w każdej naszej placówce.
2. Zgłoszenie potrzeby organizacji świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej, powtórnej opinii medycznej za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
  - a) telefonicznie 224 224 224,
  - b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-672 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,,
  - c) pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.

Świadczenia wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego Ubezpieczony/Spadkobierca jest zobowiązany dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.



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

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości i z częstotliwością ustaloną w **umowie**. Składka jest płatna najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Składka jest płatna przelewem na wskazany przez nas rachunek bankowy. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na nasz rachunek bankowy w pełnej wysokości wynikającej z **umowy**. Wysokość składki stanowi sumę składek należnych za każdego Ubezpiezonego.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

**Umowę** zawieramy na okres jednego **roku polisowego**. **Umowa** ulega przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na 14 dni przed najbliższą **rocznicą polisy**, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu **umowy**. **Umowa** może być w ten sposób przedłużana wielokrotnie.

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w **dacie przystąpienia do umowy**, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:

- a) Ubezpieczający zapłacił pierwszą składkę za danego Ubezpiezonego;
- b) wysokość składki przekazanej na nasz rachunek bankowy jest nie niższa niż wysokość wynikająca z:
  - liczby osób, których **deklaracje przystąpienia** otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy oraz
  - składki należnej za każdą z tych osób.

Ochrona względem danego Ubezpiezonego wygasa:

- a) w chwili śmierci Ubezpiezonego;
- b) z ostatnim dniem miesiąca, za który przekazana została za Ubezpiezonego ostatnia składka, nie później jednak niż z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustał stosunek pracy lub inny stosunek prawny łączący Ubezpiezonego z Ubezpieczającym będący podstawą objęcia tego Ubezpiezonego ochroną;
- c) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z **umowy**;
- d) z dniem rozwiązania **umowy**;
- e) z dniem upływu okresu wypowiedzenia **umowy**;

- f) z ostatnim dniem dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego w wezwaniu do zapłaty składki, jeżeli Ubezpieczający nie przekaże zaległych składek w terminie dwóch miesięcy liczonym od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony;
- g) w dniu **rocznicy polisy**, następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia, w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-g) nastąpiło wcześniej.

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

- a) w przypadkach określonych w lit. a)-g) powyżej;
- b) z dniem wygaśnięcia **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
- c) z dniem, w którym do skutku dojdzie zmiana zakresu ochrony względem Ubezpieczonego, w taki sposób, że zakres ubezpieczenia nie obejmuje już tego świadczenia dodatkowego.

Wygaśnięcie ochrony wobec **pracownika** powoduje wygaśnięcie ochrony w odniesieniu do Ubezpieczonych będących **matżonkami, partnerami** lub **dziećmi pracownika**.



## Jak rozwiązać umowę?

- Ubezpieczający w każdym czasie może wypowiedzieć **umowę** składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu **umowy** w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony o świadczenia dodatkowe, Ubezpieczający w każdym czasie może wypowiedzieć umowę w zakresie danego świadczenia dodatkowego składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu.
- Ubezpieczony ma prawo wystąpić z **umowy** w każdym czasie trwania **umowy**, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o wystąpieniu. Wystąpienie z **umowy** wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie o wystąpieniu. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować nas o tym przysyłając raport osób występujących w terminie nie później niż ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu.
- Jeżeli **umowa** jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, może to zrobić w ciągu 7 dni od dnia zawarcia **umowy**. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony o świadczenia dodatkowe, Ubezpieczający może odstąpić od **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego w ciągu 30 dni od dnia zawarcia **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od dnia zawarcia **umowy** w zakresie danego świadczenia dodatkowego. Jeżeli Ubezpieczający jest konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy** nie poinformowaliśmy go o prawie do odstąpienia od **umowy**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy** jest liczony od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Zasada ta znajduje odpowiednie zastosowanie do odstąpienia od umowy w zakresie danego świadczenia dodatkowego. Odstąpienie od **umowy** nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
- **Umowa** wygasa również w przypadku braku zapłaty składki.



## O jakie umowy dodatkowe można rozszerzyć zakres ochrony?

Uwaga: Pełne informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach naszej odpowiedzialności zawierają o.w.u.

### Świadczenia dodatkowe:

- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku**. Oprócz świadczenia pieniężnego, w ramach przedmiotowego świadczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub **członka rodziny** w następstwie wypadku, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty pogrzebu, przejazdu na pogrzeb oraz zapewnimy świadczenie w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego.
- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku przy pracy**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku.
- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku.
- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku komunikacyjnego przy pracy**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku.
- **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest śmierć Ubezpieczonego, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w **okresie ochrony**, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi przed upływem 90 dni od wystąpienia **zawału serca** lub **udaru mózgu**.
- **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w **okresie ochrony choroby** lub przeprowadzenie zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do **o.w.u.**, w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony:
  - w części „Zakres optymalny”; albo
  - w części „Zakres rozszerzony”.
 Oprócz świadczenia pieniężnego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych w zakresie wskazanym w tabeli nr 3 **o.w.u.**

- **Wystąpienie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** wczesnej postaci nowotworu, który należy do jednej z kategorii: nowotwór in situ jamy ustnej, przetyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji ICD – 10, czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji ICD – 10, guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości, zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji ICD – 10, nowotwór mieloproliferacyjny, brodawkowaty mikro-rak tarczycy, rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM, rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6).
- **Assistance onkologiczny** – na zasadach określonych w tym świadczeniu, w przypadku wydania w okresie ochrony Ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie pisemnego skierowania od lekarza prowadzącego za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty 20 świadczeń medycznych spośród: konsultacji lekarskich, diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych w zakresie wskazanym w tabeli nr 4 **o.w.u.** W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego lub **rodzica Ubezpieczonego, rodzeństwa lub dziecka, zaawansowanego nowotworu**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy również koszty świadczeń określonych w tabelach nr 5 i 6 zawartych w **o.w.u.**, w tym między innymi: transporty medyczne, zwrot kosztów peruk i protez, pomoc domową, opiekę pielęgniarki, konsultacje psychoonkologa, rehabilitację, konsultacje onkologiczno-genetyczne, test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów.
- **Powtórna opinia medyczna** – na zasadach określonych w tym świadczeniu, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** jednej z **chorób** wymienionych w załączniku nr 3 do **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących świadczeń: udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie **powtórnej opinii medycznej**, tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski, przekazanie dokumentacji medycznej lekarzowi świadczącemu usługi medyczne poza Polską, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią odczytanie dokumentacji i jej analizę, wydanie **powtórnej opinii medycznej** przez lekarza świadczącego usługi medyczne poza Polską, tłumaczenie na język polski **powtórnej opinii medycznej**, udostępnienie **powtórnej opinii medycznej** Ubezpieczonemu.
- **Zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV w następstwie wypadku przy pracy, pomimo przejścia leczenia antyretrowirusowego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zakażenie Ubezpieczonego wirusem HIV w następstwie **wypadku przy pracy**, pomimo przejścia **leczenia antyretrowirusowego**.
- **Zakażenie Ubezpieczonego wirusem zapalenia wątroby typu B lub C w następstwie wypadku przy pracy** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zakażenie Ubezpieczonego wirusem HBV albo HCV w następstwie **wypadku przy pracy**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
  - **choroby**, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu na OIOM** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku przy pracy** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu**, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku przy pracy**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku komunikacyjnego**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku komunikacyjnego przy pracy**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, który to pobyt rozpoczął się w **okresie ochrony**, i trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w ciągu 30 dni od:
  - zakończenia pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** trwającego co najmniej 6 dni, który był spowodowany przez **ostry zawał serca**;
  - zakończenia pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** trwającego co najmniej 10 dni, który był spowodowany przez **wypadek** lub **zabieg operacyjny**;
  - zakończenia pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** trwającego co najmniej 14 dni, który był spowodowany **udarem mózgu**,

- **Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte są koszty **leków** po pobycie Ubezpieczonego w **szpitalu** rozpoczętego w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
  - **choroby**, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.
  
- **Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest czasowa niezdolność do pracy, w przypadku gdy Ubezpieczony z powodu **choroby** lub **wypadku** przebywał w **szpitalu** co najmniej 7 dni i był czasowo niezdolny do pracy przez okres co najmniej 14 dni bezpośrednio po pobycie w **szpitalu**, co zostało udokumentowane wystawionym przez lekarza tego **szpitala** zaświadczeniem lekarskim lub wydrukiem tego zaświadczenia.
  
- **Pobyt w sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęty jest pobyt Ubezpieczonego w **sanatorium**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, będący kontynuacją leczenia przeprowadzonego w trakcie trwającego co najmniej 7 dni pobytu w **szpitalu**, o ile pobyt w **sanatorium** odbywa się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza **szpitala**, w którym prowadzone było to leczenie.
  
- **Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest poddanie się przez Ubezpieczonego w **okresie ochrony** – w trakcie pobytu w **szpitalu**, który trwał nie dłużej niż 5 dni – zabiegom wymienionym w załączniku nr 4 do **o.w.u.** Pokrywamy koszty: zabiegu, znieczulenia, hospitalizacji, opieki pielęgniarskiej, lekarstw, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu, badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji, jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.
  
- **Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest poddanie się przez Ubezpieczonego w **okresie ochrony zabiegowi operacyjnemu** związanemu z **chorobą** zdiagnozowaną w **okresie ochrony** lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**. **Zabiegi operacyjne** wskazane są w załączniku nr 5 do **o.w.u.**
  
- **Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie powikłań pooperacyjnych wymienionych w załączniku nr 6 do **o.w.u.**, przed upływem 3 miesięcy od wykonania **zabiegu operacyjnego** mającego miejsce w **okresie ochrony**.
  
- **Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest rozpoczęcie u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** następujących metod leczenia specjalistycznego: leczenie metodą Gamma Knife zmian chorobowych w obrębie czaszki i górnego odcinka kręgosłupa szyjnego, trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu (zabieg wewnątrznaczyniowy wykonany celem usunięcia niedrożności w obszarze unaczynienia mózgowego), wertebroplastyka (zabieg stosowany w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, wykonany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej), wszczepienie implantu ślimakowego (wszczepienie implantu ślimakowego celem leczenia całkowitej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedostuchu), ablacja (zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca), chemioterapia w postaci przyjęcia co najmniej jednego cyklu terapeutycznego albo radioterapii, dializoterapia trwająca przez okres co najmniej trzech miesięcy w celu leczenia przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, domowa terapia tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, pod łącznym warunkiem wskazanym w świadczeniu dodatkowym, terapia interferonowa w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego (podawanie drogą pozajelitową interferonu), wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną) wszczepianego osobom, które mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia), wszczepienie rozrusznika serca (urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, wszczepianego do ciała chorego).
  
- **Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest przeprowadzenie u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** jednej z następujących metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego:
  - ablacji (zabiegu wykonywanego za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca),
  - wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, wszczepianego osobom, które mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia),
  - wszczepienia rozrusznika serca (urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca).
  
- **Teleopieka kardiologiczna** – na zasadach określonych w tym świadczeniu, w przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, trwał co najmniej 3 dni i był następstwem choroby wymienionej w załączniku nr 7 do **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia Ubezpieczonemu **zestawu teleopieki kardiologicznej**, przeprowadzenia telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej**, telefonicznej opieki kardiologicznej, odbioru aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej** z miejsca pobytu Ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony Ubezpieczonemu. W ramach telefonicznej opieki kardiologicznej zorganizujemy i pokryjemy koszty całodobowego dostępu do następujących usług (bez limitu ilościowego): rejestrowania w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG, analizy badań, stałego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym, dostępu do informacji na temat wyniku badań pod numerem znajdującym się na aparacie EKG, archiwizacji wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, udostępnienia drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań Ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi lub innej osobie, wezwania pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu Ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej przez Ubezpieczonego osoby, przekazywania dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego.
  
- **Leczenie przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest skierowanie w **okresie ochrony** Ubezpieczonego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, laryngologa, foniatrę, otolaryngologa lub audiologa na badania specjalistyczne w związku z podejrzeniem **przewlekłej choroby narządu mowy lub słuchu** oraz organizacja i pokrycie kosztów wymienionych niżej świadczeń:
  - porady diagnostycznej, która obejmuje: badanie przedmiotowe, badanie laryngoskopowe krtani, badanie stroboskopowe krtani, ocenę głosu w skali percepcyjnej, analizę akustyczną głosu, badanie słuchu (audiometria tonalna, audiometria impedancyjna, otoskopia, audiometria słowna), omówienie wyników badań i zaplanowanie procesu terapeutycznego;

- porady terapeutycznej, która obejmuje: ordynację leków, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia z zakresu emisji głosu, ćwiczenia manipulacyjne na krtań, zabiegi fizykoterapeutyczne (elektryzacja krtani, inhalacje lekowe).
- **Wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy z powodu choroby zawodowej** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego w **okresie ochrony niezdolności do pracy** z powodu choroby zawodowej, wymienionej w załączniku nr 8 do **o.w.u.**, która została zdiagnozowana w **okresie ochrony**.
- **Wystąpienie u Ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego **całkowitej niezdolności do pracy** lub **niezdolności do samodzielnej egzystencji** w następstwie **choroby** zdiagnozowanej w **okresie ochrony** lub **wypadku**. Świadczenie z tego tytułu może być wypłacone w formie jednorazowej lub w formie renty miesięcznej, w zależności od postanowień **umowy**.
- **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym w dniu **wypadku** będzie objęty Ubezpieczony – został wymieniony w:
- dla zakresu podstawowego – w załączniku nr 9 do **o.w.u.**
  - dla zakresu rozszerzonego – w załączniku nr 10 do **o.w.u.**
  - dla zakresu rozszerzonego progresywnego – w załączniku nr 10 do **o.w.u.**
- Dla zakresu podstawowego i rozszerzonego za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonego wypłacimy 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Dla zakresu rozszerzonego progresywnego dla uszczerbków do 10% za każdy 1% uszczerbku wypłacimy 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, oraz za każdy kolejny 1% uszczerbku powyżej 10% wypłacimy 4% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
- **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **zawału serca** lub **udaru mózgu**, wymienionego w załączniku nr 11 do **o.w.u.**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 6 miesięcy od **zawału serca** lub **udaru mózgu** mającego miejsce w **okresie ochrony**. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonego przysługiwać będzie 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
- **Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**.
- **Leczenie Ubezpieczonego w Polsce w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest wystąpienie u Ubezpieczonego rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała w następstwie **wypadku** mającego miejsce na terytorium Polski oraz organizacja i pokrycie za pośrednictwem **centrum operacyjnego** związanych z nimi kosztów maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród: konsultacji specjalistów (chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, kardiolog, neurolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg, psycholog), zabiegów ambulatoryjnych, rehabilitacji, diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych (rtg, usg, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) w zakresie określonym w tabeli nr 8 **o.w.u.**
- **Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest **wypadek** Ubezpieczonego skutkujący poniesieniem przez Ubezpieczonego kosztów na terenie Polski, do których należą: honoraria lekarskie, koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza, koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza, koszty leków zaleconych przez lekarza, koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza, koszty transportu medycznego Ubezpieczonego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego, koszty zakupu lub wypożyczenia protez i środków pomocniczych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza, koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza, koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
- **Świadczenia assistance i telemedycyna** – na zasadach określonych w tym świadczeniu za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance i telemedycyny, wskazanych w znajdującej się w **o.w.u.** w tabeli nr 9 i 10, takich jak:
- telemedycyna,
  - rehabilitacja,
  - wypożyczenie albo zakup **sprzętu rehabilitacyjnego**,
  - pomoc pielęgniarki i pomoc domowa po pobycie w szpitalu,
  - dostawa leków do miejsca pobytu chorego,
  - pomoc psychologa w trudnych sytuacjach losowych,
  - **transporty medyczne**, realizowane odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu,
  - opieka nad niepełnoletnimi **dziećmi**, osobami niesamodzielnymi i zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu,
  - wizyty lekarskie z dojazdem w razie wypadku,
  - pomoc medyczna za granicą,
  - infolinie: baby assistance, zdrowe odżywianie, medyczna, pogrzebowa,
  - w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** następujących zdarzeń w życiu Ubezpieczonego:
  - wystąpienia u Ubezpieczonego, **matłonka** albo **partnera** lub **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **choroby** lub **wypadku**,
  - wystąpienia u Ubezpieczonego, **matłonka** albo **partnera** lub **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, trudnych sytuacji losowych,
  - nasilenia u Ubezpieczonego, **matłonka** albo **partnera** lub **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, objawów chorobowych o ostrym przebiegu pozostających w bezpośrednim związku z **chorobą przewlekłą**, wymagających natychmiastowej porady lekarskiej,
- **Śmierć matłonka albo partnera** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **matłonka** albo **partnera** w **okresie ochrony**.
- **Śmierć matłonka albo partnera w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **matłonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.

- **Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.
- **Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **małżonka** albo **partnera**, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w **okresie ochrony**, o ile śmierć **małżonka** albo **partnera** nastąpi przed upływem 90 dni od daty wystąpienia **zawału serca** lub **udaru mózgu**.
- **Poważne zachorowanie małżonka albo partnera** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na zdiagnozowaniu u **małżonka** albo **partnera** w **okresie ochrony choroby** lub przeprowadzeniu zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do **o.w.u.** w części „Zakres optymalny”. Oprócz świadczenia pieniężnego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych (rtg, usg, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) w zakresie wskazanym w tabeli nr 11 **o.w.u.**
- **Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
  - **choroby**, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.
- **Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.
- **Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, wymienionego w załączniku nr 10 do **o.w.u.**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku**. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonego przystąpić będzie 1% świadczenia z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
- **Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na **wypadku** **małżonka** albo **partnera** skutkującym poniesieniem przez Ubezpieczonego kosztów na terenie Polski, do których należą: honoraria lekarskie, koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza, koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza, koszty lekarstw zaleconych przez lekarza, koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza, koszty transportu medycznego **małżonka** albo **partnera** środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia **małżonka** albo **partnera**, koszty zakupu lub wypożyczenia protez i środków pomocniczych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza, koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza, koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
- **Urodzenie się dziecka** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na **urodzeniu się** Ubezpieczonego **dziecka** w **okresie ochrony**. Oprócz świadczenia pieniężnego, w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na:
  - urodzeniu **dziecka** przez Ubezpieczonego, **małżonka** albo **partnera**;
  - urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną** przez Ubezpieczonego, **małżonka** albo **partnera**;
  - zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego **małżonka** albo **partnera** **depresji poporodowej** po urodzeniu **dziecka**;
 za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, w okresie 12 miesięcy od urodzenia **dziecka**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty świadczeń assistance wymienionych w tabeli nr 12 i 13 **o.w.u.**, takich jak:
  - zajęcia z trenerem fitness (po urodzeniu **dziecka**)
  - konsultacje pielęgniarsko-położnicze (po urodzeniu **dziecka**)
  - pomoc domowa (po urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną**)
  - wizyta pielęgniarki albo położnej (po urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną**)
  - **transporty medyczne dziecka** (po urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną**)
  - proces rehabilitacyjny **dziecka** (po urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną**)
  - pomoc psychologa (po urodzeniu **dziecka z wadą wrodzoną**)
  - pomoc psychologa (po zdiagnozowaniu **depresji poporodowej** po urodzeniu **dziecka**)
  - zwrot kosztu leków (po zdiagnozowaniu **depresji poporodowej** po urodzeniu **dziecka**)
- **Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na **urodzeniu się dziecka z niską oceną w skali Apgar** w **okresie ochrony**.
- **Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na zdiagnozowaniu w **okresie ochrony** u **dziecka** przed ukończeniem przez **dziecko** 6 roku życia, **wady wrodzonej** wymienionej w załączniku nr 12 do **o.w.u.**
- **Urodzenie się martwego dziecka** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na **urodzeniu się martwego dziecka** w **okresie ochrony**. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego martwego dziecka, świadczenie wypłacimy odrębnie za każde **urodzone martwe dziecko**.
- **Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na **poronieniu** albo **urodzeniu się martwego dziecka** w **okresie ochrony**. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego martwego **dziecka**, świadczenie wypłacimy odrębnie za każde **urodzone martwe dziecko**.

- **Śmierć dziecka** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **dziecka w okresie ochrony**,
- **Śmierć dziecka w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **dziecka w następstwie wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.
- **Poważne zachorowanie dziecka** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na zdiagnozowaniu u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia w **okresie ochrony choroby** lub przeprowadzeniu zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do **o.w.u.** Oprócz świadczenia pieniężnego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych (rtg, usg, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) w zakresie wskazanym w tabeli nr 14 **o.w.u.**
- **Leczenie dziecka w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie w **szpitalu dziecka**, które w pierwszym dniu pobytu nie ukończyło 25 roku życia, w celu leczenia:
  - **choroby**, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony – nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
  - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień.
- **Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień i rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka w szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 lat, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.
- **Opieka nad dzieckiem po pobycie dziecka w szpitalu** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, rozpoczętej w **okresie ochrony**, spowodowanej koniecznością osobistego sprawowania opieki nad **dzieckiem**, po pobycie **dziecka w szpitalu**, rozpoczętym w **okresie ochrony** i trwającym przez okres co najmniej 14 dni, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**.
- **Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, w następstwie **wypadku**, który to uszczerbek ujawnił się w okresie 180 dni od dnia **wypadku**, wymienionego w załączniku nr 13 do **o.w.u.** Za każdy 1% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, Ubezpieczonemu przysługiwane będzie 1% świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu dziecka. Wysokość **uszczerbku na zdrowiu dziecka** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 13 do **o.w.u.** W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na pogryzieniu **dziecka** przez psa dodatkowo wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 400 zł, jeżeli w wyniku pogryzienia przez psa powstały u **dziecka rany**.
- **Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na **wypadku dziecka**, które w dniu **wypadku** nie ukończyło 25. roku życia, skutkującym poniesieniem przez Ubezpieczonego kosztów na terenie Polski, do których należą: honoraria lekarskie, koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza, koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza, koszty lekarstw zaleconych przez lekarza, koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza, koszty transportu medycznego **dziecka** środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia **dziecka**, koszty zakupu lub wypożyczenia protez i środków pomocniczych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza, koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza, koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza, koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
- **Osierocenie dziecka** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęta jest śmierć Ubezpieczonego skutkująca osieroceniem **dziecka**, które w dniu śmierci Ubezpieczonego nie ukończyło 25 roku życia albo było **całkowicie niezdolne do pracy** (bez względu na wiek **dziecka**). Świadczenie może być wypłacone, w zależności od postanowień **umowy** w formie jednorazowej albo w formie **renty** płatnej przez okres 60 miesięcy od śmierci Ubezpieczonego.
- **Śmierć rodzica Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **rodzica Ubezpieczonego w okresie ochrony**.
- **Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica matronka albo rodzica partnera** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica matronka** albo **rodzica partnera** w **okresie ochrony**,
- **Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica matronka albo rodzica partnera w następstwie wypadku** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica matronka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**.
- **Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego** – na zasadach określonych w tym świadczeniu za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń związanych z zaistniałymi w **okresie ochrony** zdarzeniami w życiu Ubezpieczonego dotyczącymi rodzica Ubezpieczonego, wymienionymi w tabeli nr 15 zawartej w **o.w.u.**
- **Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego** – odpowiedzialnością na zasadach określonych w tym świadczeniu objęte jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na zdiagnozowaniu u **rodzica Ubezpieczonego** w **okresie ochrony choroby** lub przeprowadzeniu zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do **o.w.u.** – w części „Poważne zachorowanie rodzica”. Oprócz świadczenia pieniężnego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego**, zorganizujemy i pokryjemy również koszty maksymalnie 10 świadczeń medycznych spośród konsultacji lekarskich (z listy 12 specjalistów), diagnostyki laboratoryjnej i badań specjalistycznych (rtg, usg, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) w zakresie wskazanym w tabeli nr 15 **o.w.u.**