



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Życie i zdrowie

Spis treści

Informacje według artykułu 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku – o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej	3
Część I. Postanowienia wspólne Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	7
Rozdział 1. Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą?	7
Rozdział 2. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?	10
Rozdział 3. Kto i jak może zawrzeć Umowę ubezpieczenia?	10
Rozdział 4. Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?	11
Rozdział 5. Kiedy rozpoczyna się i kończy Ochrona ubezpieczeniowa?	11
Rozdział 6. Jak i kiedy rozwiązuje się Umowa ubezpieczenia?	11
Rozdział 7. W jaki sposób i w jakim terminie wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe?	12
Rozdział 8. W jakiej wysokości i w jakich terminach należy płacić składkę?	12
Rozdział 9. Jak złożyć Reklamację?	13
Rozdział 10. Jak chronimy dane osobowe?	13
Rozdział 11. Jakie przepisy prawa będą dla Ciebie pomocne?	14
Rozdział 12. Pozostałe postanowienia	14
Część II. Postanowienia szczególne Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	15
Pakiet na Życie	15
Sekcja A. Śmierć Ubezpieczonego	15
Rozdział 1. Co chronimy?	15
Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?	15
Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?	15
Pakiet zdrowotny	16
Sekcja B. Nowotwór lub inne Poważne zachorowania	16
Rozdział 1. Co chronimy?	16
Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?	19
Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?	19
Rozdział 4. Wykaz Nowotworów	19



Sekcja C. Pomoc medyczna	22
Rozdział 1. Co chronimy?	22
Rozdział 2. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach drugiej krajowej opinii medycznej?	22
Rozdział 3. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach wsparcia po hospitalizacji?	23
Rozdział 4. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach rehabilitacji?	24
Rozdział 5. Z jakich jeszcze świadczeń możesz skorzystać?	24
Rozdział 6. Jak wystąpić o organizację świadczeń Pomocy medycznej?	25
Pakiet szpitalny	26
Sekcja D. Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR	26
Rozdział 1. Co chronimy?	26
Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wyptacić?	26
Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?	27
Pakiet wypadkowy	27
Sekcja E. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	27
Rozdział 1. Co chronimy?	27
Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wyptacić?	27
Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?	28
Sekcja F. Złamanie, Oparzenie, Kalectwo	28
Rozdział 1. Co chronimy?	28
Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wyptacić?	28
Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?	31
Pakiet dla Dziecka	31
Sekcja G. Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka	31
Rozdział 1. Co chronimy?	31
Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wyptacić?	32
Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?	33
Sekcja H. Pomoc po wypadku	33
Rozdział 1. Co chronimy?	33
Rozdział 2. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach wsparcia po hospitalizacji Dziecka?	34
Rozdział 3. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach rehabilitacji Dziecka?	35
Rozdział 4. Z jakich jeszcze świadczeń możesz skorzystać?	35
Rozdział 5. Jak wystąpić o organizację świadczeń Pomocy po wypadku?	35



Informacje według artykułu 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku – o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Niniejsza informacja wskazuje postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dotyczące poniższych zagadnień:

Rodzaj informacji:	Przesłanki wypłaty świadczenia:
Dotyczy:	śmierć Ubezpieczonego
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 1–6, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja A: Rozdz. 1 pkt 1–2, Rozdz. 2, Rozdz. 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Nowotwór lub inne Poważne zachorowania
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 1–6, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja B: Rozdz. 1 pkt 1–2, Rozdz. 2 pkt 1–4, Rozdz. 3, Rozdz. 4, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Pomoc medyczna
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 7, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja C: Rozdz. 1 pkt 1–2 i 4, Rozdz. 2 pkt 1 ppkt 1)–3) oraz pkt 2 ppkt 1), Rozdz. 3 pkt 1 ppkt 1)–2), pkt 2 ppkt 1)–2), pkt 3 ppkt 1), pkt 4 ppkt 1), 3) i 4), Rozdz. 4 pkt 1 ppkt 1), pkt 2 ppkt 1), Rozdz. 5 pkt 1 ppkt 1), pkt 2 ppkt 1), pkt 3 ppkt 1), pkt 4, Rozdz. 6, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;



Dotyczy:	Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 1–6, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja D: Rozdz. 1 pkt 1, Rozdz. 2 pkt 1–3, Rozdz. 3 pkt 1–2, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 1–6, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja E: Rozdz. 1 pkt 1–2, Rozdz. 2, Rozdz. 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Złamanie, Oparzenie, Kalectwo
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 1–6, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja F: Rozdz. 1 pkt 1–2, Rozdz. 2, Rozdz. 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 1–6, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja G: Rozdz. 1 pkt 1–2, Rozdz. 2, Rozdz. 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;



Dotyczy:	Pomoc po wypadku
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część I: Rozdz. 2, Rozdz. 7 pkt 7, Rozdz. 12 pkt 1–2, Część II Sekcja H: Rozdz. 1 pkt 1–2 oraz 4–5, Rozdz. 2 pkt 1 ppkt 1)–2), pkt 2 ppkt 1), pkt 3 ppkt 1) i 3), Rozdz. 3 pkt 1 ppkt 1), pkt 2 ppkt 1) Rozdz. 4 pkt 1 ppkt 1), pkt 2 ppkt 1), pkt 3 ppkt 1), pkt 4 Rozdz. 5, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU.
Rodzaj informacji:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia:
Dotyczy:	śmierć Ubezpieczonego
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja A: Rozdz. 1 pkt 3 i 4, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Nowotwór lub inne Poważne zachorowania
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja B: Rozdz. 1 pkt 3–5, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU oraz Częścią II Sekcja B Rozdz. 1 pkt 2;
Dotyczy:	Pomoc medyczna
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja C: Rozdz. 1 pkt 3 i 5, Rozdz. 2 pkt 1 ppkt 4) oraz pkt 2 ppkt 2), Rozdz. 3 pkt 1 ppkt 3), pkt 2 ppkt 3)–4), pkt 3 ppkt 2), pkt 4 ppkt 2), Rozdz. 4 pkt 2 ppkt 2), Rozdz. 5 pkt 3 ppkt 2), OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;



Dotyczy:	Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja D: Rozdz. 1 pkt 2–5, Rozdz. 2 pkt 4, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja E: Rozdz. 1 pkt 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Złamanie, Oparzenie, Kalectwo
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja F: Rozdz. 1 pkt 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja G: Rozdz. 1 pkt 3, OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU;
Dotyczy:	Pomoc po wypadku
Numer jednostki z wzorca umowy:	Część II Sekcja H: Rozdz. 1 pkt 3 i 6, Rozdz. 2 pkt 1 ppkt 3), pkt 2 ppkt 2), pkt 3 ppkt 2), OWU, w związku z Częścią I Rozdz. 1 OWU.



Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia. Zgodnie z nimi Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową.

Umowę Ubezpieczenia zawierają: Ubezpieczający (Ty) oraz Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (my) na podstawie tego dokumentu, czyli Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Życie i zdrowie (ŻIZ/IND/15/05/2020), dalej: OWU.

Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podzielone są na Części, Rozdziały, punkty, podpunkty, litery. Definicje najważniejszych pojęć, używanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, znajdują się w Części I Rozdziale 1 Postanowień wspólnych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz w Części II w poszczególnych sekcjach opisujących dodatkowe pakiety ubezpieczeń. Zdefiniowane pojęcia piszemy wielką literą.

W celu lepszego zrozumienia poniższego tekstu, wprowadziliśmy komentarze, które są tylko dodatkowym wyjaśnieniem. Nie stanowią i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

Część I.

Postanowienia wspólne Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Rozdział 1. Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą?

Ileokroć w OWU, Wniosku, Polisie lub w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia, używa się wymienionych poniżej terminów, pisanych wielką literą, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

Jeżeli przeczytasz uważnie poniższe definicje, będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

1. **Amputacja** – całkowite fizyczne pozbawienie narządu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
2. **Bank** – Santander Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, będący agentem Ubezpieczyciela;
3. **Dziecko** – Twoje dziecko własne lub przysposobione przed ukończeniem 18 roku życia;
4. **Dzień roboczy** – dni od poniedziałku do piątku, które nie są dniami ustawowo wolnymi od pracy;
5. **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - 1) śmierć – dzień Twojej śmierci,
 - 2) Nowotwór lub inne Poważne zachorowania:
 - a. dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA), operacji aorty, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),
 - b. dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: choroby Leśniowskiego – Crohna skutkującej rozległą resekcją jelita, nowotworu złośliwego, nowotworu in situ, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem,
 - c. wcześniejszy z dni: dzień zakwalifikowania Ciebie na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu albo dzień wykonania przeszczepu narządu,
 - d. dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań,
 - 3) Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR – odpowiednio: dzień Twojej rejestracji w Szpitalu lub na SOR,
 - 4) Złamanie, Oparzenie, Kalectwo – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego powstaniem u Ciebie Złamania, Oparzenia, Kalectwa,
 - 5) Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień Twojej śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego powstaniem u Dziecka Złamania, Oparzenia, Skręcenia,
 - 7) Uszkodzenie ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującego uszkodzeniem ciała,
 - 8) Nagłe zachorowanie Dziecka – dzień wystąpienia u Dziecka stanu chorobowego skutkującego Nagłym zachorowaniem;
6. **Informacje o produkcie ubezpieczeniowym** – dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, przygotowany na podstawie przepisów o dystrybucji ubezpieczeń oraz dokument „Informacje dodatkowe”, które łącznie stanowią kartę produktu, przygotowaną zgodnie z Rekomendacją U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance, wydaną przez Komisję Nadzoru Finansowego;
7. **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Partnera medycznego w celu sporządzenia drugiej krajowej opinii medycznej;
8. **Miejsce pobytu** – adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, pod którym przebywasz Ty bądź Dziecko;
9. **Nagłe zachorowanie Dziecka** – stan chorobowy powstały u Dziecka w okresie Ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i niespodziewany, zagrażający życiu lub zdrowiu Dziecka, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
10. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od Twojej woli, a w przypadku Dziecka – od woli Dziecka; Nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;

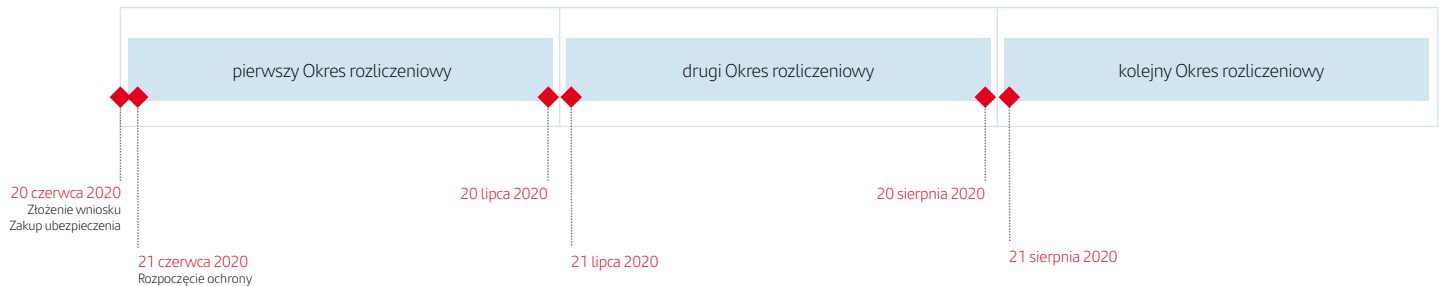


11. **Nowotwór** – nowotwór złośliwy lub nowotwór in situ opisane w Sekcji B OWU;
12. **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela (nasze zobowiązanie) do realizacji świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości i w sposób wynikający z Umowy ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Datę rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej znajdziesz we Wniosku i w Polisie.

13. **Okres rozliczeniowy** – okres miesięczny oznaczający częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w dniu odpowiadającym dacie początku Ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie, a kończący się z upływem dnia danego okresu miesięcznego odpowiadającemu dacie poprzedzającej dzień początku Ochrony ubezpieczeniowej, a gdyby takiego dnia w danym okresie nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca;

Przykład: Umowę ubezpieczenia zawarliśmy 20 czerwca. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się 21 czerwca. Pierwszy Okres rozliczeniowy będzie trwał od 21 czerwca do 20 lipca. Kolejny od 21 lipca do 20 sierpnia itd.



14. **Okres ubezpieczenia** – 12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej;
15. **Opinia lekarska** – rozpoznanie sporządzone na piśmie lub w formie elektronicznej przez lekarza wskazanego przez nas, wydawane bez przeprowadzenia badania odpowiednio Ciebie lub Dziecka, po przeanalizowaniu udostępnionej dokumentacji medycznej i dokumentacji ubezpieczeniowej dotyczącej zgłoszonego roszczenia;
16. **Ośrodek referencyjny** – podmiot lub wyodrębniona w jego strukturze 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;
17. **Orzeczenie lekarskie** – rozpoznanie sporządzone na piśmie lub w formie elektronicznej przez lekarza wskazanego przez nas, wydawane po przeprowadzeniu badania odpowiednio Ciebie lub Dziecka oraz przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i dokumentacji ubezpieczeniowej dotyczącej zgłoszonego roszczenia;
18. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie i zdrowie;
19. **Partner medyczny** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wotoska 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 nami w zakresie realizacji świadczeń w ramach Pomocy medycznej i Pomocy po wypadku;
20. **Pobyt na SOR** – Twój pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym, czyli jednostce organizacyjnej Szpitala, utworzonej w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
21. **Pobyt w Szpitalu** – Twój pobyt w Szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 kolejne dni, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Za dzień Pobytu w Szpitalu uznaje się każdy dzień kalendarzowy Twojego pobytu w Szpitalu, przypadający w okresie udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym licząc liczbę dni nieprzerwanego Twojego pobytu w Szpitalu, za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uznaje się dzień Twojej rejestracji w Szpitalu, a ostatni – dzień Twojego wypisu ze Szpitala;
22. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
23. **Pomoc medyczna** – świadczenia wymienione w Sekcji C OWU realizowane przez Partnera medycznego w związku z zachorowaniem przez Ciebie na Nowotwór lub inne Poważne zachorowania;
24. **Pomoc po wypadku** – świadczenia wymienione w Sekcji G OWU realizowane przez Partnera medycznego w związku z Uszkodzeniem ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłym zachorowaniem Dziecka;
25. **Poważne zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu, które wystąpiły w czasie Ochrony ubezpieczeniowej i spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego zachorowania opisane w Sekcji B OWU;
26. **Reklamacja** – wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do nas, przez Ciebie, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez nas;
27. **Sport wysokiego ryzyka** – sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, spadochronowe, baloniarstwo, parolotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, kitesurfing, nurkowanie, kajakerstwo górskie, sztuki walki, sporty walki, strzelectwo, wspinaczka, alpinizm, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, skoki bungee;



28. **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, który utatwia lub umożliwia Tobie, a w przypadku Pomocy po wypadku – Dziecku, samodzielne funkcjonowanie;

SPRZĘT REHABILITACYJNY to na przykład: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kotnierze, rowerek rehabilitacyjny, watek, półwatek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortozy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo – krzyżowa, gorset Jetetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.

29. **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
- 1) stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo
 - 2) obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
30. **Stan po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego** – stan po wprowadzeniu do organizmu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi podania;
31. **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazana w Polisie;
32. **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki medycznej w zakresie diagnostyki i leczenia, zabiegów terapeutycznych w warunkach stałych i specjalnie do tego celu przystosowanych, przez wykwalifikowany średni i wyższy personel medyczny. Za Szpital **nie uznaje się**: ośrodków opieki społecznej, hospicjów, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych, ośrodków uzdrowiskowych, ośrodków wypoczynkowych oraz szpitali i wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala, zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjenta, leczeniem psychiatrycznym, leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
33. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – Twoja śmierć, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Zarówno Nieszczęśliwy wypadek jak i Śmierć Ubezpieczonego będąca jego następstwem muszą zajść w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia.

34. **Trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym nie możesz samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 180 dni, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
- 1) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
 - 2) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - 3) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczenia się z łózka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - 4) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
 - 5) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku;
35. **Trwały nośnik informacji** – nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtwarzanie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
36. **Ubezpieczający (Ty)** – osoba, która zawiera z nami Umowę ubezpieczenia i ma obowiązek płacić składki;
37. **Ubezpieczony (Ty)** – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy Ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia;
38. **Ubezpieczyciel (my)** – Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna prowadząca działalność na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 6 czerwca 2008 r. Nr DNS/602/113/25/08/EMK;
39. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia na życie Życie i zdrowie zawarta zgodnie z OWU pomiędzy Tobą a nami;
40. **Uposażony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wskazana przez Ciebie jako uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego: śmierć Ubezpieczonego, Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
41. **Uprawianie Sportu wysokiego ryzyka** – czynne uczestnictwo w Sporcie wysokiego ryzyka, zarówno indywidualne jak i grupowe, w tym uczestnictwo mające charakter rekreacji ruchowej;
42. **Uszkodzenie ciała Dziecka** – naruszenie tkanek, rozumiane zarówno jako zewnętrzne zranienie, jak i obrażenia głębiej położonych tkanek lub narządów wewnętrznych, powstałe w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
43. **Utrata** – Amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji Twojego narządu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
44. **Utrata zęba stałego** – utrata całości korony zęba stałego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
45. **Wada wrodzona** – wskazana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 w części Q00 – Q99, niezależna od momentu rozpoznania, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna, powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego;
46. **Wniosek** – Twoja oferta zawarcia Umowy ubezpieczenia, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu, pisemnie, drogą telefoniczną lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, o ile zostaną one przez nas udostępnione;
47. **Zaburzenia psychiczne** – wskazane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 w części F00 – F99 zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym odbiegające od norm zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego;



48. **Zamieszki** – gwałtowne demonstracje, zakłócenia porządku publicznego, wrogie akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy lub innej grupie osób lub mające na celu zmianę istniejącego porządku, lub osiągnięcie oznaczonych celów;
49. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaszełe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:
- 1) śmierć Ubezpieczonego,
 - 2) Nowotwór lub inne Poważne zachorowania,
 - 3) Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR,
 - 4) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) Złamanie, Oparzenie, Kalectwo,
 - 6) Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka,
 - 7) Uszkodzenie ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagte zachorowanie Dziecka;
50. **Złamanie, Oparzenie, Kalectwo** – Twoje uszkodzenie ciała lub Twój rozstrój zdrowia spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w Tabeli Złamań, Oparzeń, Kalectw powstałe w ciągu 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku;
51. **Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka** – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Dziecka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w Tabeli Złamań, Oparzeń, Skręceń u Dziecka powstałe w ciągu 12 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.

Rozdział 2. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie i zdrowie oraz zdrowie Dziecka.

W ramach ubezpieczenia chcemy jak najlepiej chronić Ciebie i Twoich bliskich. Oferujemy pakiety z różnym zakresem ochrony, możesz je dopasować do swoich potrzeb i możliwości finansowych.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Pakiet na życie

Sekcja A – śmierć Ubezpieczonego

oraz dodatkowo wybrane przez Ciebie spośród poniższych pakietów, wskazane na Wniosku oraz potwierdzone w Polisie:

- 2) Pakiet zdrowotny

Sekcja B – Nowotwór lub inne Poważne zachorowania

Sekcja C – Pomoc medyczna

- 3) Pakiet szpitalny

Sekcja D – Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR

- 4) Pakiet wypadkowy

Sekcja E – Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

Sekcja F – Złamanie, Oparzenie, Kalectwo

- 5) Pakiet dla Dziecka

Sekcja G – Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka

Sekcja H – Pomoc po wypadku.

3. Szczegółowy zakres ubezpieczenia, wysokości Sum ubezpieczenia oraz sposób ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych są określone w Części II OWU w poszczególnych Sekcjach.

Rozdział 3. Kto i jak może zawrzeć Umowę ubezpieczenia?

Jeżeli chcesz zawrzeć Umowę ubezpieczenia, musisz spełniać podane poniżej kryteria.

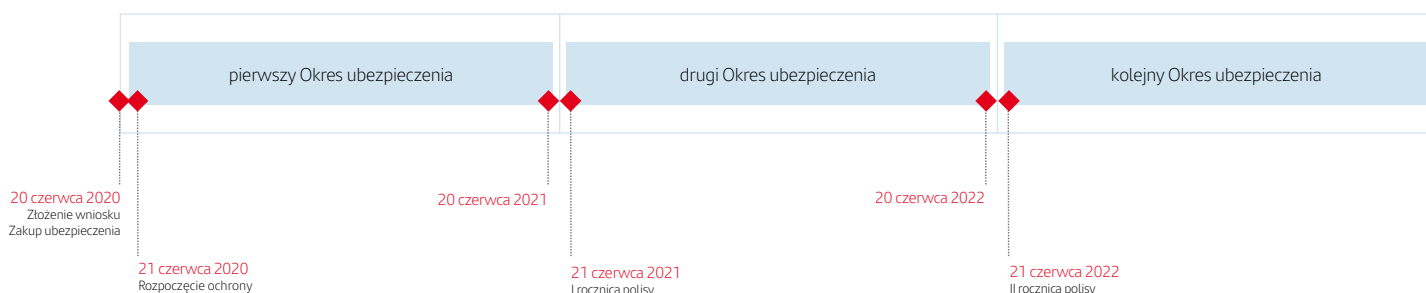
1. Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć, jeżeli posiadasz pełną zdolność do czynności prawnych, masz miejsce zamieszkania w Polsce oraz w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat i nie masz ukończonych 60 lat.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie ofertowym poprzez złożenie Wniosku, z dniem przyjęcia przez nas tego Wniosku.
3. Wniosek może zostać złożony pisemnie na naszym formularzu, drogą telefoniczną lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, o ile zostaną one przez nas udostępnione.
4. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia możemy poprosić Cię o udzielenie, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na pytania związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczące Twojego stanu zdrowia.
5. Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć wyłącznie na własny rachunek.
6. Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzimy Polisą.



7. Możemy odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, szczególnie w przypadku:
- 1) negatywnej oceny ryzyka przeprowadzonej na podstawie złożonego przez Ciebie oświadczenia o stanie zdrowia lub
 - 2) gdy nie spełniasz warunków wymaganych, zgodnie z OWU, dla zawarcia Umowy ubezpieczenia, lub
 - 3) gdy odmówisz odpowiedzi na pytania związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczące Twojego stanu zdrowia, lub
 - 4) gdy odmówisz udzielenia nam zgody na zasięganie informacji w podmiotach medycznych, Narodowym Funduszu Zdrowia oraz w innych towarzystwach ubezpieczeniowych o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego w tym w szczególności dotyczących: Twojego stanu zdrowia, przyczyny śmierci, weryfikacji podanych danych, okoliczności związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z zawartej Umowy ubezpieczenia.

Rozdział 4. Jak długo trwa Umowa ubezpieczenia?

Umowę ubezpieczenia zawierasz z nami na 12-miesięczny Okres ubezpieczenia i jest ona przedłużana na kolejne 12-miesięczne Okresy ubezpieczenia, o ile ani Ty, ani my, nie złożymy, przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia, oświadczenia o jej nieprzedłużaniu na kolejny Okres ubezpieczenia.



Rozdział 5. Kiedy rozpoczyna się i kończy Ochrona ubezpieczeniowa?

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Datę rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej wskazaliśmy we Wniosku oraz w Polisie.

2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, a w przypadku Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania także w Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Nowotwór lub inne Poważne zachorowania wyczerpującego Sumę ubezpieczenia.

Rozdział 6. Jak i kiedy rozwiązuje się Umowa ubezpieczenia?

1. Umowę ubezpieczenia możesz rozwiązać poprzez:
 - 1) złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – wówczas Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie,
 - 2) złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia – wówczas Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie,
 - 3) złożenie oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny 12 miesięczny Okres ubezpieczenia – wówczas Umowa ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia możesz złożyć u nas lub w Banku, w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Jeżeli w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wówczas termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Termin na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wystane.
4. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość, możesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania Ciebie o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia Tobie informacji wymaganych przy składaniu propozycji zawarcia Umowy ubezpieczenia przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, regulujące zawieranie umowy ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wystane.
5. Oświadczenie o wypowiedzeniu lub nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia możesz złożyć u nas lub w Banku, w każdym czasie.
6. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu także:
 - 1) gdy nie opłacisz składki w dodatkowym terminie, który wskazujemy w wezwaniu do zapłaty, z dniem wskazanym w wezwaniu do zapłaty,
 - 2) gdy ukończysz 70 lat – z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym ukończysz 70 lat,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci.



7. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia o odstąpieniu lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia przysługuje Ci zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej. Zwrotu dokonamy nie później niż w terminie 30 dni od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 7. W jaki sposób i w jakim terminie wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe?

1. Zawiadomienia nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym można dokonać telefonicznie lub pisemnie, bądź za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeżeli zostaną one przez nas udostępnione.
2. Realizacja świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Szczegółowe zasady dotyczące zgłoszenia i realizacji roszczenia oraz dokumenty potwierdzające zasadność danego roszczenia wymienione są w Części II OWU.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy w formie jednorazowej wypłaty, w walucie polskiej, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez osobę uprawnioną do świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony przez nas z tą osobą.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. W przypadku, gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego nie było możliwe w terminie, o którym mowa w pkt 5, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku zawiadomimy pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego wypłacimy w terminie, o którym mowa w pkt 5.
7. Sposób i terminy realizacji Pomocy medycznej i Pomocy po wypadku opisane są w Sekcji C i H OWU.

Ty lub osoby uprawnione macie prawo dostępu do informacji i dokumentów zgromadzonych przez nas w celu ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

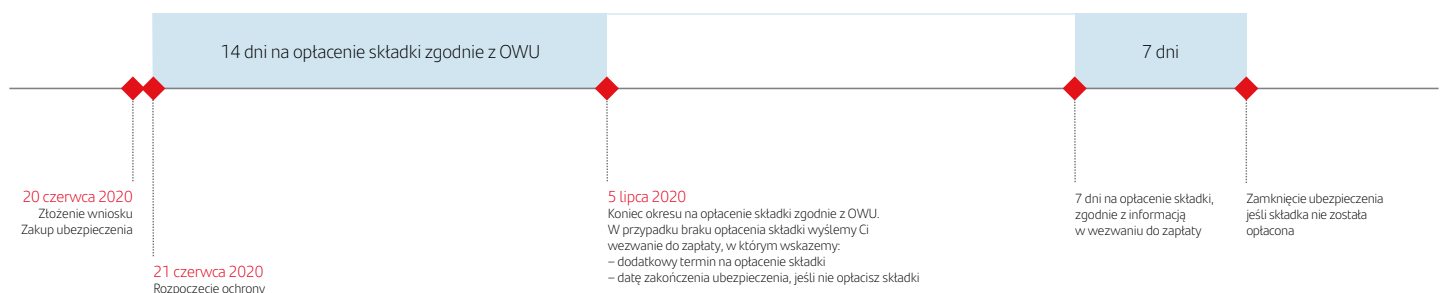
Rozdział 8. W jakiej wysokości i w jakich terminach należy płacić składkę?

1. Składkę ubezpieczeniową należy opłacać w pełnej wymaganej kwocie, w następujących terminach:
 - 1) 14 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku składki ubezpieczeniowej należnej za pierwszy Okres rozliczeniowy po zawarciu Umowy ubezpieczenia,
 - 2) 14 dni od dnia rozpoczęcia każdego kolejnego Okresu rozliczeniowego – w przypadku składek ubezpieczeniowych należnych za kolejne Okresy rozliczeniowe, przypadające w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.

Składkę powinnaś/powinieneś opłacić w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w terminie 14 dni od rozpoczęcia każdego kolejnego Okresu rozliczeniowego. Jeżeli nie zapłacisz składki w tym terminie, to wyślemy do Ciebie wezwanie do zapłaty, w którym wskażemy dodatkowy termin na opłacenie składki. Jeśli nie zapłacisz składki w tym dodatkowym terminie, to Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana.

Składkę pobieramy na podstawie Twojego upoważnienia, które dajesz nam we Wniosku.

Próba poboru składki z Twojego rachunku zgodnie z Twoją zgodą udzieloną we Wniosku



2. Brak zapłaty składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w pkt 1 ppkt 1) lub 2) i w terminie dodatkowych 7 dni, wyznaczonym przez nas w wezwaniu do zapłaty, będzie równoznaczny z wypowiedzeniem przez Ciebie Umowy ubezpieczenia i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia z upływem tego dodatkowego terminu. Dniem zapłaty składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie zaksięgowana na naszym rachunku.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana zgodnie z naszą aktualną taryfą składek, oceną ryzyka z dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, stosownie do wysokości Sumy ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia oraz Twojego wieku w pierwszym dniu każdego Okresu ubezpieczenia.



4. Wysokość składki ubezpieczeniowej w pierwszym Okresie ubezpieczenia oraz częstotliwość jej optacania wskazana jest we Wniosku i w Polisie.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej w kolejnych Okresach ubezpieczenia określimy i przekazemy Tobie najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem każdego Okresu ubezpieczenia.

Rozdział 9. Jak złożyć Reklamację?

1. Reklamacje są rozpatrywane przez nasz Zarząd lub osoby upoważnione przez nasz Zarząd.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście u nas, naszego agenta, tj. w Banku, albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, na nasz adres,
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty u nas, naszego agenta, tj. w Banku, bądź u Partnera medycznego,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: obsługa.klienta@santander.aviva.pl
3. Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej Reklamację określimy przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. O sposobie rozpatrzenia Reklamacji zawiadamia się osobę, która ją zgłosiła, w terminie, o którym mowa w pkt 3, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika informacji. Odpowiedź tę można dostarczyć pocztą elektroniczną na wniosek zgłaszającego Reklamację.
5. Zgłaszający Reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od naszej decyzji w przedmiocie Reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia pkt 1 – 4.
6. Zgłaszającemu Reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania Reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Rzecznik Finansowy jest również uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, na wniosek złożony przez tę osobę. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl
8. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Przy Komisji Nadzoru Finansowego działa sąd polubowny, uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich wynikających ze stosunków umownych między Ubezpieczycielem a odbiorcami usług świadczonych przez Ubezpieczyciela. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.knf.gov.pl
9. Dodatkowo, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń z Umowy ubezpieczenia przed sądem powszechnym. Powództwo o roszczenie z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Rozdział 10. Jak chronimy dane osobowe?

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych, które mogą być przetwarzane w celu:
 - 1) zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów – podstawą prawną przetwarzania może być niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania Umowy ubezpieczenia, Twoja zgoda lub przepis prawa,
 - 2) marketingu za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej i telefonicznej – podstawą prawną przetwarzania danych jest Twoja zgoda,
 - 3) marketingu bezpośredniego produktów i usług, w tym profilowania klientów – podstawą prawną przetwarzania danych jest nasz prawnie uzasadniony interes,
 - 4) wysyłki drogą elektroniczną informacji, oświadczeń i korespondencji dotyczących zawartych umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest Twoja zgoda lub przepis prawa,
 - 5) w celach analitycznych – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji naszego prawnie uzasadnionego interesu,
 - 6) dochodzenia roszczeń związanych z zawartą Umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji naszego prawnie uzasadnionego interesu,
 - 7) podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji naszego prawnie uzasadnionego interesu,
 - 8) wypełnienia przez nas obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - 9) wykonania innych obowiązków prawnych ciążących na nas – podstawą prawną przetwarzania danych jest przepis prawa.



2. Zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga podania określonych danych osobowych.
3. Dane osobowe mogą zostać pozyskane od: innych ubezpieczycieli, podmiotów świadczących usługi lecznicze, Narodowego Funduszu Zdrowia lub podmiotu go zastępującego, organów administracji publicznej, Banku lub innych spółek z grupy Santander oraz innych podmiotów upoważnionych do przetwarzania danych, na podstawie Twojej zgody lub przepisu prawa i w związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
4. Dane osobowe mogą zostać udostępnione Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wyłącznie na podstawie Twojej zgody.
5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe mogą zostać przekazane następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom, w zakresie i celu wynikającym z zawartej Umowy ubezpieczenia, Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej oraz innym instytucjom ustawowo upoważnionym do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach prawa. Ponadto dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy zawartej z nami i wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami. Kategorię podmiotów, którym powierzono do przetwarzania dane osobowe wskazaliśmy w polityce prywatności na naszej stronie internetowej.
6. Informujemy o prawie dostępu do danych oraz prawie żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. Informujemy o prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przestanka naszego prawnie uzasadnionego interesu. W szczególności informujemy o prawie sprzeciwu wobec przetwarzania na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania klientów. Informujemy również o prawie do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.
7. W sytuacji, w której przetwarzanie danych osobowych wymaga Twojej zgody i zgoda ta nie jest niezbędna do wykonania Umowy ubezpieczenia, w dowolnym momencie możesz wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych, decyzje Ciebie dotyczące mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany. Na podstawie zautomatyzowanej analizy, opartej także na profilowaniu, ocenione będzie ryzyko ubezpieczeniowe zawarcia z Tobą Umowy ubezpieczenia. Decyzje mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany także w innych przypadkach, w sytuacji pozyskania Twojej zgody, przepisu prawa pozwalającego na taką formę przetwarzania danych osobowych lub gdy jest to niezbędne do zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia.
9. Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia.
10. Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez adres email: inspektordanych@santander.aviva.pl lub pisemnie na nasz adres. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
11. Informujemy o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Rozdział 11. Jakie przepisy prawa będą dla Ciebie pomocne?

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych przez nas zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w szczególności przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych. W przypadku, gdy jesteśmy zobowiązani do pobrania i odprowadzenia takiego podatku, mocą przepisów powszechnie obowiązującego prawa, wówczas wypłacane przez nas świadczenia ubezpieczeniowe pomniejszymy o wartość podatku.
3. Warunki, w tym zakres i zasady zaspokajania roszczeń uprawnionych z Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, reguluje ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Rozdział 12. Pozostałe postanowienia

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem Rozdziału 7 pkt 5 i Rozdziału 9 pkt 2 ppkt 2) i 3) oraz pkt 4, a także wezwań do zapłaty składki ubezpieczeniowej oraz oświadczeń składanych za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli zostaną przez nas udostępnione.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie nam, zgodnie z OWU, jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Językiem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest język polski.
4. Przeniesienie na osoby trzecie Twoich praw przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia wymaga uprzedniej naszej zgody.
5. Informacje o kodeksach etycznych, które stosujemy, zamieszczone są na naszych stronach internetowych.
6. Sprawozdanie o wypłacalności i naszej kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.santander.aviva.pl



Część II.

Postanowienia szczególne Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Pakiet na Życie

Sekcja A. Śmierć Ubezpieczonego

Rozdział 1. Co chronimy?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twoją śmierć.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Poniżej wypisaliśmy sytuacje, w których nie wypłacimy pieniędzy.

3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacimy świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku gdy Twoja śmierć będzie następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub użycia broni masowego rażenia,
 - 2) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w innych niż wskazane w pkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba, że Twój udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub z obrony koniecznej,
 - 3) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
 - 5) popełnienia przez Ciebie samobójstwa, umyślnego samouszkodzenia ciała lub umyślnego wywołania rozstroju zdrowia – w okresie 1 roku od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
4. W okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia jesteśmy wolni od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a które zostały przez Ciebie zatajone lub podane do naszej wiadomości niezgodnie z prawdą.

Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Twojej śmierci jest równa Sumie ubezpieczenia z tytułu Twojej śmierci, czyli kwocie wskazanej we Wniosku i w Polisie.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy wskazanemu przez Ciebie Uposażonemu.
3. Uposażonego możesz wskazać we Wniosku przy zawarciu Umowy ubezpieczenia lub w każdym czasie składając oświadczenie.
4. Możesz wskazać jednego lub kilku Uposażonych określając jak mamy podzielić wypłatę. Jeżeli zostało wskazanych kilku Uposażonych i nie określono ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do wskazanych przez Ciebie udziałów.

Jako osoba ubezpieczona możesz wyznaczyć jednego lub więcej Uposażonych, którym w przypadku Twojej śmierci wypłacimy pieniądze. Osoby te nie muszą być z Tobą spokrewnione. Mogą to być dowolnie wskazane przez Ciebie osoby. Uposażeni otrzymują pieniądze z pominięciem postępowania spadkowego i bez konieczności odprowadzania podatku od spadków i darowizn.

Uposażonymi mogą być również osoby prawne lub jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, np. fundacja lub dom dziecka.

5. W każdym czasie możesz wskazać, zmienić lub odwołać Uposażonego poprzez złożenie oświadczenia, które jest skuteczne z chwilą otrzymania przez nas tego oświadczenia.
6. Jeśli Uposażony umiera przed Twoją śmiercią albo umyślnie przyczynia się do Twojej śmierci, to tę część świadczenia, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
7. Jeżeli w chwili Twojej śmierci nie ma żadnego z Uposażonych to świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy osobom tworzącym krąg Twoich ustawowych spadkobierców, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do nas zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, a w razie śmierci Ubezpieczonego za granicą – odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, uwierzytelniony zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa międzynarodowego,



- 2) kopia karty zgonu lub inny dokument zawierający informację o przyczynie zgonu Ubezpieczonego,
- 3) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia,
- 4) kopia dokumentu z policji lub prokuratury, potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy taki dokument został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku – w sytuacji, gdy śmierć została spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
- 5) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia – na nasz wniosek.

Pakiet zdrowotny

Sekcja B. Nowotwór lub inne Poważne zachorowania

Rozdział 1. Co chronimy?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) Nowotwór:

Wykaz nowotworów, które obejmujemy ochroną, znajdziesz w Rozdziale 4

- a. **nowotwór in situ** – wymieniona w wykazie Nowotworów choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozwojem zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, polegająca na ogniskowym, miejscowym rozroście komórek nowotworowych, który nie przekroczył bony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające, zakwalifikowana według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 w rozdziale „Nowotwory in situ”, **z wyłączeniem** chorób zakwalifikowanych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 w części D03 Czerniak in situ oraz D04 Rak in situ skóry;
- b. **nowotwór złośliwy** – wymieniona w wykazie Nowotworów choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozwojem zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek, ich rozprzestrzenianiem, naciekaniem otaczających tkanek, zakwalifikowana według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe”, **z wyłączeniem** chorób zakwalifikowanych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 w części C76 – C80 „Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu”;
- 2) Poważne zachorowanie, które wystąpiło w okresie Ochrony ubezpieczeniowej. Przez Poważne zachorowanie rozumiemy jedno z poniższych schorzeń lub zdarzeń:
 - a. **angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – zabieg polegający na udrożnieniu zwężonych lub zamkniętych naczyń wieńcowych wykonany pierwszorazowo, przy użyciu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), angioplastyki balonowej lub innych podobnych metod, zalecony przez lekarza specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie jednej lub więcej tętnic wieńcowych;
 - b. **choroba Alzheimera powodująca utratę zdolności do samodzielnej egzystencji** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.
Chorobę stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym.
Ubezpieczenie **nie obejmuje** przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS);
 - c. **choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz:
 - i. częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego), lub
 - ii. całkowitej resekcji jelita grubego.
 Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego;
 - d. **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej.
Chorobę stwierdza neurolog na podstawie:
 - i. standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz
 - ii. trwałych ubytków neurologicznych, które doprowadziły do zaburzeń motoryki i które utrzymują się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące;
 - e. **choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i Trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.
Chorobę stwierdza neurolog na podstawie trwałych ubytków neurologicznych.
Ubezpieczenie **nie obejmuje** zespołu Parkinsona, który został wywołany przez czynniki toksyczne;



f. dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – pierwotna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji w stadium Trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.

Chorobę stwierdza neurolog na podstawie:

- i. standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz
- ii. wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).

Ubezpieczenie **nie obejmuje** przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi;

g. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub – w przypadku zaniechania operacji – spowodował trwały ubytek neurologiczny, przez co najmniej 3 miesiące. Napady padaczkowe nie oznaczają trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu tej definicji.

Istnienie guza stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Ubezpieczenie **nie obejmuje**: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, torbieli, ziarniników, patologii tętnicznych ani żylnych naczyń mózgowych, krwinków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego;

h. operacja aorty – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wycięciem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na:

- i. usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub
- ii. usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem.

Ubezpieczenie **nie obejmuje**:

- i. operacji, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórnych operacji naprawczych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty,
- ii. operacyjnego leczenia zastawek aorty;

i. operacja zastawek serca – operacja kardiologiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog na podstawie wyników badań medycznych;

j. pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczępienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog.

Ubezpieczenie **nie obejmuje** przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

k. przeszczep narządu – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Tobie, jako biorcy, zostaje przeszczepione **serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny**. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Poważnym zachorowaniem jest wcześniejsze ze zdarzeń: zabieg przeszczepu albo fakt zakwalifikowania Ciebie na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów.

Ubezpieczenie **nie obejmuje**:

- i. przeszczepu innego narządu niż wymienione,
- ii. przeszczepu wysp trzustkowych ani
- iii. przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem;

l. schyłkowa niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii.

Chorobę stwierdza nefrolog.

Poważnym zachorowaniem **nie jest** ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii;

m. stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego wywołana procesami demielinizacyjnymi.

Chorobę stwierdza neurolog podczas hospitalizacji w oddziale neurologicznym na podstawie badań obrazowych i aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonald).

Poważnym Zachorowaniem **nie jest** rozpoznanie tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome) a także procesy demielinizacyjne niezakończone rozpoznaniem stwardnienia rozsianego;

n. śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne:

- i. który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin oraz
- ii. którego skutkiem jest trwały, nierokujący możliwości poprawy ubytek neurologiczny, stwierdzony przez neurologa.



Ubezpieczenie **nie obejmuje** śpiączki farmakologicznej ani śpiączki, która jest skutkiem: zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta oraz zażycia leków niezaleconych przez lekarza;

o. udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:

- i. nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
- ii. obecność trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania,
- iii. obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Ubezpieczenie **nie obejmuje**:

- i. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- ii. wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- iii. patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawatu nerwu wzrokowego lub siatkówki) ani
- iv. innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;

p. wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku).

Chorobę stwierdza neurolog na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby;

q. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna).

Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego.

r. zakażenie wirusem HIV – w następstwie wykonywania zadań służbowych lub transfuzji krwi/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty – HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Choroba musi być spowodowana przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:

- i. przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia,
- ii. przetoczenie miało miejsce w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej,
- iii. serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,
- iv. krew lub preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
- v. Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilii.

Ubezpieczenie **nie obejmuje** przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków;

s. zawal serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami ostrego niedokrwienego mięśnia sercowego.

Podstawą do stwierdzenia Poważnego zachorowania jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- i. objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
- ii. obecność nowych niedokrwienych zmian w elektrokardiogramie (w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST – T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
- iii. uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
- iv. obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniiona badaniem angiograficznym.

Ubezpieczenie **nie obejmuje** epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych.

3. Przez pierwsze 90 dni Ochrony ubezpieczeniowej ponosimy odpowiedzialność za Nowotwór lub inne Poważne zachorowania spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym wypadkiem.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Poniżej wypisaliśmy sytuacje, w których nie wypłacimy pieniędzy.

4. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacimy świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy Nowotwór lub inne Poważne zachorowanie będzie następstwem:

- 1) chorób wywołanych spożyciem przez Ciebie alkoholu;
- 2) pozostawania przez Ciebie w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,



- 3) zakażenia się wirusem HIV, chyba że było związane z wykonywaniem zadań służbowych lub transfuzji krwi,
- 4) nieprzestrzegania przez Ciebie zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób.
5. W okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia jesteśmy wolni od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pyaliśmy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a które zostały przez Ciebie zatajone lub podane do naszej wiadomości niezgodnie z prawdą.

Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?

1. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania przysługuje Tobie.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wybranej przez Ciebie i potwierdzonej w Polisie wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania oraz rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego, i jest równa:

rodzaj Zdarzenia ubezpieczeniowego	Suma ubezpieczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania		
	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł
	wysokość świadczenia ubezpieczeniowego		
Nowotwór złośliwy	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł
Nowotwór in situ	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł
Poważne zachorowanie	25 000 zł	50 000 zł	75 000 zł

3. Łączna kwota wypłaconych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania.
4. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe: Nowotwór lub inne Poważne zachorowania, umniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania.
5. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania wyczerpującego Sumę ubezpieczenia kończy Ochronę ubezpieczeniową z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania, z Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jak wypłacimy Ci 100% Sumy ubezpieczenia to zakończymy Ochronę ubezpieczeniową na wypadek Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania. Umowa ubezpieczenia będzie nadal obowiązywała w zakresie pozostałych pakietów.

Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do nas zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie będą Ci potrzebne do zgłoszenia roszczenia.

2. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) dokumentacja medyczna (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - 2) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia – na nasz wniosek.
3. Przedłożone nam orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Twojego stanu zdrowia i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu potwierdzenia Twojego stanu zdrowia możemy wymagać od Ciebie poddania się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na nasz koszt przez wyznaczonego lekarza.

Rozdział 4. Wykaz Nowotworów

1. Nowotwory złośliwe:
 - 1) Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła:
 - C00 Nowotwór złośliwy wargi
 - C01 Nowotwór złośliwy nasady języka
 - C02 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
 - C03 Nowotwór złośliwy dziąsła
 - C04 Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
 - C05 Nowotwór złośliwy podniebienia



- C06 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
- C07 Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
- C08 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
- C09 Nowotwór złośliwy migdałka
- C10 Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
- C11 Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
- C12 Nowotwór złośliwy ząbki gruszkowatego
- C13 Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
- C14 Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
- 2) Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego:
 - C15 Nowotwór złośliwy przełyku
 - C16 Nowotwór złośliwy żołądka
 - C17 Nowotwór złośliwy jelita cienkiego
 - C18 Nowotwór złośliwy jelita grubego
 - C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo – odbytniczego
 - C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
 - C21 Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu
 - C22 Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych
 - C23 Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego
 - C24 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych
 - C25 Nowotwór złośliwy trzustki
 - C26 Nowotwór złośliwy innych i niedokładnie określonych narządów układu pokarmowego
- 3) Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej:
 - C30 Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
 - C31 Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
 - C32 Nowotwór złośliwy krtani
 - C33 Nowotwór złośliwy tchawicy
 - C34 Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca
 - C37 Nowotwór złośliwy grasicy
 - C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
 - C39 Nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
- 4) Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej:
 - C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn
 - C41 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
- 5) Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry:
 - C43 Czerniak złośliwy skóry
 - C44 Inne nowotwory złośliwe skóry
- 6) Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich:
 - C45 Międzybłoniak
 - C46 Mięsak Kaposiego
 - C47 Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i układu nerwowego wegetatywnego
 - C48 Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej i otrzewnej
 - C49 Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich
- 7) Nowotwór złośliwy piersi:
 - C50 Nowotwór złośliwy piersi
- 8) Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych:



- C51 Nowotwór złośliwy sromu
- C52 Nowotwór złośliwy pochwy
- C53 Nowotwór złośliwy szyjki macicy
- C54 Nowotwór złośliwy trzonu macicy
- C55 Nowotwór złośliwy nieokreślonej części macicy
- C56 Nowotwór złośliwy jajnika
- C57 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych żeńskich narządów płciowych
- C58 Nowotwór złośliwy łożyska
- 9) Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych:
 - C60 Nowotwór złośliwy prącia
 - C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego
 - C62 Nowotwór złośliwy jądra
 - C63 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych męskich narządów płciowych
- 10) Nowotwory złośliwe układu moczowego:
 - C64 Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej
 - C65 Nowotwór złośliwy miedniczki nerkowej
 - C66 Nowotwór złośliwy moczowodu
 - C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego
 - C68 Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych narządów układu moczowego
- 11) Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego:
 - C69 Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka
 - C70 Nowotwór złośliwy opon mózgowo – rdzeniowych
 - C71 Nowotwór złośliwy mózgu
 - C72 Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części ośrodkowego układu nerwowego
- 12) Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego:
 - C73 Nowotwór złośliwy tarczycy
 - C74 Nowotwór złośliwy nadnerczy
 - C75 Nowotwór złośliwy innych gruczołów wydzielania wewnętrznego i struktur pokrewnych
- 13) Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
 - C81 Ziarnica złośliwa [choroba Hodgkina]
 - C82 Chłoniak nieziarniczny guzkowy [grudkowy]
 - C83 Chłoniak nieziarniczny rozlany
 - C84 Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
 - C85 Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarnicznego
 - C88 Złośliwe choroby immunoproliferacyjne
 - C90 Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych
 - C91 Białaczka limfatyczna
 - C92 Białaczka szpikowa
 - C93 Białaczka monocytowa
 - C94 Inne białaczki określonego rodzaju
 - C95 Białaczka z komórek nieokreślonego rodzaju
 - C96 Inny i nieokreślony nowotwór złośliwy tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
- 14) Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
 - C97 Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu



2. Nowotwory in situ:
- D00 Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka
 - D01 Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego
 - D02 Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego
 - D05 Rak in situ piersi
 - D06 Rak in situ szyjki macicy
 - D07 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych
 - D09 Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu

Sekcja C. Pomoc medyczna

Rozdział 1. Co chronimy?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.

Ze świadczeń Pomocy medycznej możesz skorzystać po otrzymaniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania.

2. Zakres Pomocy medycznej obejmuje:

	Limit świadczeń/Suma ubezpieczenia na zdarzenie
1) Drugą krajową opinię medyczną: <ul style="list-style-type: none"> a. organizacja i pokrycie kosztów sporządzenia pisemnej opinii przez Lekarza konsultanta b. konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja lub wizyta u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego 	1 świadczenie na Zdarzenie ubezpieczeniowe: Nowotwór lub inne Poważne zachorowania
2) Wsparcie po hospitalizacji: <ul style="list-style-type: none"> a. wizyta pielęgniarska po hospitalizacji b. pomoc domowa po hospitalizacji c. zakwaterowanie osoby towarzyszącej w trakcie hospitalizacji d. transport medyczny wraz z osobą towarzyszącą 	5 000 zł na świadczenia z ppkt 2) – 6) na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe Nowotwór lub inne Poważne zachorowania
3) Rehabilitację: <ul style="list-style-type: none"> a. organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji w domu bądź w ośrodku rehabilitacyjnym b. organizacja i transport Sprzętu rehabilitacyjnego 	5 000 zł na świadczenia z ppkt 2) – 6) na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe Nowotwór lub inne Poważne zachorowania
4) Konsultację dietetyka	
5) Pomoc psychologa	
6) Dostarczenie leków	
7) Infolinię medyczną	Bez limitu

3. Pomoc medyczna realizowana jest na Twoją rzecz i wyłącznie na terytorium Polski.
4. Świadczenia Pomocy medycznej przysługują Tobie w przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania, maksymalnie do wykorzystania limitu na Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazanego w tabeli powyżej. Świadczenia te przysługują Tobie również po zakończeniu Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania, maksymalnie przez 12 miesięcy od naszej decyzji w sprawie przyznania Tobie świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania.
5. Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pomocy medycznej nie przysługują w przypadku odmowy wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania.

Rozdział 2. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach drugiej krajowej opinii medycznej?

1. **Organizacja i pokrycie kosztów sporządzenia pisemnej opinii przez Lekarza konsultanta** praktykującego na terenie Polski, będącego specjalistą w dziedzinie dotyczącej danego Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
- 1) Pisemna opinia dotyczy diagnozy Twojego stanu zdrowia oraz sposobu leczenia w oparciu o dostarczoną przez Ciebie dokumentację i zawiera:



- a. opis historii Twojej choroby,
 - b. opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - c. propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym, zalecanego przez Lekarza konsultanta,
 - d. informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
- 2) Świadczenie jest realizowane na Twoje żądanie za pośrednictwem Partnera medycznego w terminie do 15 Dni roboczych od dnia otrzymania przez Partnera medycznego przekazanej przez Ciebie dokumentacji dotyczącej Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania.
 - 3) Przysługuje Tobie jedno świadczenie drugiej krajowej opinii medycznej na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Nowotwór lub inne Poważne zachorowania.
 - 4) Świadczenie **nie obejmuje** kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, wykonanych w związku z przygotowaniem drugiej krajowej opinii medycznej.
2. **Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja, lub wizyta u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego** – organizacja i pokrycie kosztów konsultacji lub wizyty.
 - 1) W odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego Nowotwór lub inne Poważne zachorowania przysługuje Tobie jednorazowe świadczenie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji, lub wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego – zgodnie z Twoim wyborem.
 - 2) Świadczenie **nie obejmuje** kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
 - 3) Czas oczekiwania na usługę nie przekracza pięciu Dni roboczych od dnia przekazania Tobie przez Lekarza konsultanta pisemnej opinii dotyczącej diagnozy Twojego stanu zdrowia oraz sposobu leczenia, nie wcześniej niż od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia przez Partnera medycznego. Usługa realizowana jest w Dni robocze.

Rozdział 3. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach wsparcia po hospitalizacji?

1. Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania wymagasz co najmniej jednodniowej hospitalizacji i po tej hospitalizacji potrzebujesz opieki pielęgniarskiej, za pomocą Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarskiej w Twoim Miejscu pobytu.
- 2) Zakres wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - a. wykonywanie zabiegów leczniczych, tj.: ćwiczenia terapeutyczne, okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, wykonanie zastrzyku, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Twojego lekarza,
 - b. wykonywanie czynności diagnostycznych, tj.: pomiar ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniami Twojego lekarza.
- 3) Świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności pielęgniarskich.
- 4) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

2. Pomoc domowa po hospitalizacji

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania wymagającego co najmniej jednodniowej hospitalizacji, potrzebujesz pomocy w domu, za pomocą Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w Twoim Miejscu pobytu.
- 2) Zakres świadczenia pomocy domowej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - a. utrzymanie czystości w domu, tj.: 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 z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej,
 - b. przyrządzanie codziennych posiłków (również dla Twojego niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Tobą lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Tobą, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotowywać posiłków),
 - c. robienie zakupów niezbędnych do realizacji ww. czynności,
 - d. podlewanie kwiatów,
 - e. wyrzucanie śmieci,
 - f. wyprowadzanie psa.
- 3) Zakupy realizowane są w miejscach wskazanych przez Ciebie, o ile odległość do nich nie będzie większa niż byłaby odległość do miejsca zakupu wybranego przez nas.
- 4) Świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów.
- 5) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.



3. Zakwaterowanie osoby towarzyszącej Ci w trakcie Twojej hospitalizacji

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania wymagasz co najmniej jednodniowej hospitalizacji, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania oraz transportu osoby towarzyszącej Ci w hospitalizacji z Miejsca pobytu do hotelu położonego w pobliżu miejsca Twojej hospitalizacji.
- 2) Koszty zakwaterowania w hotelu nie obejmują dodatkowych wydatków poniesionych przez osobę towarzyszącą związanych z pobytem w hotelu tj. telefon, wyżywienie lub inne usługi świadczone przez hotel.
- 3) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

4. Transport medyczny wraz z osobą towarzyszącą z Twojego Miejsca pobytu do szpitala lub innej placówki medycznej i transport powrotny oraz transport między innym szpitalem lub placówkami medycznymi – organizacja i pokrycie kosztów transportu.

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania powstanie konieczność przewiezienia Ciebie wraz z osobą Tobie towarzyszącą z Twojego Miejsca pobytu do szpitala lub innej placówki medycznej i transportu powrotnego Ciebie i osoby Tobie towarzyszącej do Twojego Miejsca pobytu oraz transportu między innym szpitalem lub placówkami medycznymi, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty takiego transportu medycznego.
- 2) Nie zorganizujemy transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie Twojego życia lub zdrowia konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz Partnera medycznego wyjaśni Tobie przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustalą z Tobą sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
- 3) Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmujemy po konsultacji z Twoim lekarzem, uwzględniając Twój stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
- 4) W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego należy zapewnić Partnerowi medycznemu dostęp do informacji pozwalających na organizację i pokrycie kosztów tego świadczenia.
- 5) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym jednego Dnia roboczego od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

Rozdział 4. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach rehabilitacji?

1. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji w domu bądź w ośrodku rehabilitacyjnym

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania, zgodnie ze wskazaniami Twojego lekarza, wymagasz rehabilitacji, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy Tobie i pokryjemy koszty wizyt specjalisty fizykoterapeuty w Twoim Miejscu pobytu lub zorganizujemy Tobie transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów Twojej wizyty w poradni rehabilitacyjnej.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

2. Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania, zgodnie ze wskazaniami Twojego lekarza, wymagane jest użycie Sprzętu rehabilitacyjnego, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia Tobie, do Twojego Miejsca pobytu, Sprzętu rehabilitacyjnego.
- 2) Świadczenie **nie obejmuje** pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego Sprzętu rehabilitacyjnego.
- 3) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

Rozdział 5. Z jakich jeszcze świadczeń możesz skorzystać?

1. Konsultacja dietetyka

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania chcesz skorzystać z pomocy dietetyka, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty Twojej wizyty u dietetyka.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

2. Pomoc psychologa

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania chcesz skorzystać z pomocy psychologa, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty Twojej wizyty u psychologa.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

3. Dostarczenie leków

- 1) Jeżeli po otrzymaniu świadczenia z tytułu Nowotworu lub innego Poważnego zachorowania będziesz potrzebował zgodnie ze wskazaniami lekarza leków, drobnych środków higienicznych lub opatrunkowych, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty ich dostarczenia do miejsca Twojego Miejsca pobytu.



- 2) Świadczenie dostarczanie leków **nie obejmuje** pokrycia kosztów zakupów lekarstw, drobnych środków higienicznych lub opatrunkowych.
- 3) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

4. Infolinia medyczna

W ramach Infolinii medycznej udostępniemy Tobie, za pośrednictwem Partnera medycznego, możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej, który udzieli Tobie ustnej ogólnej informacji w zakresie:

- czynników wpływających na rozwój choroby,
- rodzaju badań kontrolnych i profilaktycznych w określonych grupach wiekowych,
- sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych związanych z leczeniem lub diagnostyką,
- placówek opieki społecznej i hospicjów, placówek medycznych i rehabilitacyjnych, sanatoryjnych oraz odnowy biologicznej, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów,
- bazy danych aptek na terenie Polski, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, z rozszerzeniem o wskazanie apteki posiadającej dany lek,
- bazy danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki przy uczelniach medycznych),
- danego Nowotworu i innego Poważnego zachorowania, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
- danego leku (informacji farmaceutycznej, tj. stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- stylu życia i zasad prawidłowego odżywiania w chorobie,
- stanów wymagających natychmiastowej pomocy i zasad udzielania pierwszej pomocy.

Rozdział 6. Jak wystąpić o organizację świadczeń Pomocy medycznej?

1. W celu skorzystania z usługi Pomocy medycznej, należy skontaktować się z naszym Partnerem medycznym pod numerem telefonu 22 264 51 07 (opłata zgodna z taryfą danego operatora) i podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) dokładny adres Twojego Miejsca pobytu,
 - 3) numer PESEL bądź numer Polisy,
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub wskazaną przez Ciebie osobą,
 - 5) krótki opis zdarzenia oraz rodzaju potrzebnej pomocy,
 - 6) wszelkie inne informacje niezbędne Partnerowi medycznemu w celu udzielenia Tobie świadczenia.
2. Ponadto należy:
 - 1) udzielić naszemu pracownikowi lub innemu naszemu przedstawicielowi (w tym pracownikowi Partnera medycznego) wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
 - 2) udzielić specjaliście lub lekarzowi Partnera medycznego pełnomocnictw, o ile są niezbędne dla realizacji świadczenia,
 - 3) bez porozumienia z Partnerem medycznym nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia jesteśmy zobowiązani, innym osobom, z zastrzeżeniem pkt 3,
 - 4) współdziałać z pracownikiem Partnera medycznego w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
3. W przypadku, gdy Partner medyczny nie przystąpi do spełnienia świadczenia w terminie określonym dla danego świadczenia (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Tobą a Partnerem medycznym co do terminu wykonania świadczenia), lub wyrazi zgodę na wykonanie na Twoją rzecz tego świadczenia przez inną osobę lub podmiot, wówczas przysługuje Ci prawo wystąpienia do Partnera medycznego z wnioskiem o refundację poniesionych przez Ciebie kosztów, maksymalnie do limitów określonych w Rozdziale 1 pkt 4.
4. Wniosek o refundację poniesionych kosztów należy przestać na adres Partnera medycznego. Wniosek powinien zawierać:
 - 1) numer Polisy,
 - 2) rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią nam określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ciebie na wykonanie danego świadczenia przez inną osobę lub podmiot niż Partner medyczny.



Pakiet szpitalny

Sekcja D. Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR

Rozdział 1. Co chronimy?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Twój Pobyt w Szpitalu (trwający nieprzerwanie co najmniej 3 kolejne dni) lub Pobyt na SOR.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu Ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych 30 dni jest ograniczona do zdarzeń, które zaszły w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Poniżej wypisaliśmy sytuacje, w których nie wypłacimy pieniędzy.

4. Jesteśmy wolni od odpowiedzialności, gdy Pobyt w Szpitalu lub Pobyt na SOR będą następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub użycia broni masowego rażenia,
 - 2) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w innych, niż wskazane w ppkt 1), Zamieszkach lub strajkach, chyba że Twój udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
 - 5) usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa, umyślnego samouszkodzenia ciała lub umyślnego wywołania rozstroju zdrowia – w okresie 1 roku od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - 6) chorób wywołanych spożywaniem przez Ciebie alkoholu,
 - 7) pozostawania przez Ciebie w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego chyba, że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) nieprzestrzegania przez Ciebie zaleceń lekarza albo poddania się przez Ciebie zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - 9) Uprawiania Sportu wysokiego ryzyka przez Ciebie,
 - 10) Zaburzeń psychicznych,
 - 11) ciąży, porodu lub przerwania ciąży,
 - 12) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku,
 - 13) Wady wrodzonej,
 - 14) zabiegu lub operacji bądź leczenia zaplanowanych przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
5. Z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz Pobytu na SOR nie ponosimy ponadto odpowiedzialności, jeżeli będzie spowodowany koniecznością odbycia lub odbywania przez Ciebie leczenia rehabilitacyjno – usprawniającego.
6. W okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia jesteśmy wolni od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a które zostały przez Ciebie zatajone lub podane do naszej wiadomości niezgodnie z prawdą.

Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?

1. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Pobytu na SOR przysługuje Tobie.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wybranej przez Ciebie i potwierdzonej w Polisie wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Pobytu na SOR, i jest równa:

rodzaj Zdarzenia ubezpieczeniowego	Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Pobytu na SOR		
	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł
	wysokość świadczenia ubezpieczeniowego		
Pobyt w Szpitalu	100 zł za każdy dzień Pobytu w Szpitalu	200 zł za każdy dzień Pobytu w Szpitalu	300 zł za każdy dzień Pobytu w Szpitalu
Pobyt na SOR	50 zł niezależnie od ilości dni Pobytu na SOR	100 zł niezależnie od ilości dni Pobytu na SOR	150 zł niezależnie od ilości dni Pobytu na SOR



3. W Okresie ubezpieczenia (12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej) możemy wypłacić maksymalnie za 100 dni Pobytu w Szpitalu, a w przypadku Pobytu na SOR jedno świadczenie ubezpieczeniowe.
4. W przypadku, Pobytu w Szpitalu, który był poprzedzony Pobylem na SOR, należy jest wyłącznie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu.

Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do nas zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie będą Ci potrzebne do zgłoszenia roszczenia.

2. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) karta informacyjna z leczenia szpitalnego,
 - 2) inna dokumentacja medyczna (np. dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - 3) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia – na nasz wniosek.

Pakiet wypadkowy

Sekcja E. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

Rozdział 1. Co chronimy?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Poniżej wypisaliśmy sytuacje, w których nie wypłacimy pieniędzy.

3. Jesteśmy wolni od odpowiedzialności, gdy Twoja Śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku będzie następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub użycia broni masowego rażenia,
 - 2) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w innych niż wskazane w pkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba, że Twój udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub z obrony koniecznej,
 - 3) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
 - 5) pozostawania przez Ciebie w Staniu po użyciu alkoholu lub w Staniu po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba, że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) nieprzestrzegania przez Ciebie zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - 7) Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ciebie,
 - 8) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że było to leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest równa Sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wybranej przez Ciebie i potwierdzonej w Polisie, i jest równa:

	Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku		
	100 000 zł	150 000 zł	200 000 zł
	Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego		
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	100 000 zł	150 000 zł	200 000 zł

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy na zasadach określonych w Sekcji A.



Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do nas zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie będą Ci potrzebne do zgłoszenia roszczenia.

2. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kopia karty zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z roszczeniem,
 - 3) kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy dokument taki został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia – na nasz wniosek.

Sekcja F. Złamanie, Oparzenie, Kalectwo

Rozdział 1. Co chronimy?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Złamanie, Oparzenie, Kalectwo.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Poniżej wypisaliśmy sytuacje, w których nie wypłacimy pieniędzy.

3. Jesteśmy wolni od odpowiedzialności, gdy Twoje Złamanie, Oparzenie, Kalectwo będzie następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub użycia broni masowego rażenia,
 - 2) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w innych niż wskazane w ppkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba, że Twój udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub z obrony koniecznej,
 - 3) Twojego świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
 - 5) pozostawania przez Ciebie w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba, że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) nieprzestrzegania przez Ciebie zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - 7) Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ciebie,
 - 8) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba, że było to leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?

1. Uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Złamania, Oparzenia, Kalectwa jesteś Ty.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wybranej przez Ciebie i potwierdzonej w Polisie wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Złamania, Oparzenia, Kalectwa oraz rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Tabeli Złamań, Oparzeń, Kalectw, i wynosi:

Tabela Złamań, Oparzeń, Kalectw

Rodzaj Zdarzenia ubezpieczeniowego	Suma ubezpieczenia		
	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł
	Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego		
I. ZŁAMANIA, SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA			
1 złamanie podstawy i /lub sklepienia czaszki z wyłączeniem twarzoczaszki	1 000 zł	2 500 zł	5 000 zł
2 złamanie kości twarzoczaszki, za każdą kość	400 zł	1 000 zł	2 000 zł
3 złamanie mostka	400 zł	1 000 zł	2 000 zł
4 złamanie jednego lub dwóch żeber	100 zł	250 zł	500 zł



5	złamanie co najmniej trzech żeber	300 zł	750 zł	1 500 zł
6	skręcenie kręgosłupa szyjnego	300 zł	750 zł	1 500 zł
7	skręcenie kręgosłupa piersiowego	200 zł	500 zł	1 000 zł
8	skręcenie kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego	200 zł	500 zł	1 000 zł
9	złamanie kompresyjne trzonu lub złamanie wyrostków – poprzecznych, kolczystych, łuków	1 400 zł	3 500 zł	7 000 zł
10	złamanie kości krzyżowej lub ogonowej kręgosłupa	700 zł	1 750 zł	3 500 zł
11	miednica: złamanie z przerwaniem obręczy miednicy	3 500 zł	8 750 zł	17 500 zł
12	miednica: złamanie bez przerwania obręczy miednicy	1 400 zł	3 500 zł	7 000 zł
13	złamanie lub zwichnięcie w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	3 500 zł	8 750 zł	17 500 zł
14	złamanie kości udowej i/lub złamanie innych kości tworzących staw kolanowy z wyłączeniem złamania kości piszczelowej	3 500 zł	8 750 zł	17 500 zł
15	skręcenie stawu kolanowego	200 zł	500 zł	1 000 zł
16	złamanie wyłącznie jednej kości podudzia	1 400 zł	3 500 zł	7 000 zł
17	złamanie łącznie obu kości podudzia	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
18	złamanie w obrębie kości stępu	700 zł	1 750 zł	3 500 zł
19	skręcenie stawu skokowego	200 zł	500 zł	1 000 zł
20	złamanie jednej bądź wielu kości śródstopia	1 000 zł	2 500 zł	5 000 zł
21	złamanie paliczka albo paliczków palucha	200 zł	500 zł	1 000 zł
22	złamanie paliczka albo paliczków palca II–V, za każdy palec	100 zł	250 zł	500 zł
23	zwichnięcie lub skręcenie stawu barkowo – obojczykowego lub mostkowo – obojczykowego	400 zł	1 000 zł	2 000 zł
24	zwichnięcie lub skręcenie stawu topatkowo – ramiennego	400 zł	1 000 zł	2 000 zł
25	złamanie topatki albo obojczyka	1 200 zł	3 000 zł	6 000 zł
26	złamanie łącznie topatki i obojczyka	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
27	zwichnięcie lub skręcenie stawu łokciowego	200 zł	500 zł	1 000 zł
28	złamanie kości ramiennej lub innych kości w obrębie stawu łokciowego	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
29	złamanie jednej kości przedramienia	1 200 zł	3 000 zł	6 000 zł
30	złamanie łącznie obu kości przedramienia	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
31	zwichnięcie lub skręcenie stawu nadgarstkowego	200 zł	500 zł	1 000 zł
32	złamanie kości nadgarstka z wyłączeniem kości przedramienia	1 200 zł	3 000 zł	6 000 zł
33	zwichnięcie lub skręcenie w stawie śródrečno – palczkowym lub międzypalczkowym kciuka	200 zł	500 zł	1 000 zł
34	zwichnięcie lub skręcenie stawu palca wskazującego	100 zł	250 zł	500 zł
35	zwichnięcie lub skręcenie stawu palca III–V	100 zł	250 zł	500 zł
36	złamanie kości w obrębie śródrečna	400 zł	1 000 zł	2 000 zł
37	złamanie kciuka	800 zł	2 000 zł	4 000 zł
38	złamanie II palca	700 zł	1 750 zł	3 500 zł
39	złamanie palca III–V, za każdy palec	400 zł	1 000 zł	2 000 zł

II. OPARZENIA

40	oparzenie II stopnia od 1% do 4% powierzchni ciała	400 zł	1 000 zł	2 000 zł
41	oparzenie II stopnia od 5% do 15% powierzchni ciała	1 000 zł	2 500 zł	5 000 zł
42	oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	1 000 zł	2 500 zł	5 000 zł
43	oparzenie II stopnia od 16% do 30% powierzchni ciała	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
44	oparzenie III stopnia od 6% do 10% powierzchni ciała	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
45	oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	5 000 zł	12 500 zł	25 000 zł
46	oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	5 000 zł	12 500 zł	25 000 zł
47	oparzenia IV stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł



48	oparzenie dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł
49	oparzenie górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywienia	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł
III. KALECTWA				
50	porażenie potowiczne utrwalone lub porażenie kończyn dolnych	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł
51	niedowład połowiczny utrwalony lub niedowład kończyn dolnych	7 000 zł	17 500 zł	35 000 zł
52	niedowład jednej kończyny	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
53	encefalopatia pourazowa z obecnością padaczki, padaczka z częstymi napadami bez zmian otępiennych lub padaczka z rzadkimi napadami i zespołem otępiennym, zespoły zaburzeń równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie, zespoły pozapiramidowe utrudniające sprawność chorego z zaburzeniami mowy lub napadami ocznymi	7 000 zł	17 500 zł	35 000 zł
54	całkowita ślepotą obu oczu	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł
55	całkowita ślepotą jednego oka lub wyłuszczenie gałki ocznej	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
56	głuchota całkowita obu uszu	5 000 zł	12 500 zł	25 000 zł
57	głuchota całkowita jednego ucha	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
58	Utrata jednego płuca	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
59	Utrata jednej nerki	3 500 zł	8 750 zł	17 500 zł
60	Utrata prącia	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
61	Utrata pochwy i macicy	3 000 zł	7 500 zł	15 000 zł
62	uszkodzenie pęcherza	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
63	Utrata segmentu wątroby	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
64	Utrata płata wątroby	5 000 zł	12 500 zł	25 000 zł
65	Utrata śledziony	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
66	Utrata trzustki	5 000 zł	12 500 zł	25 000 zł
67	porażenie czterech kończyn – utrwalone	10 000 zł	25 000 zł	50 000 zł
68	porażenie dwóch kończyn górnych albo dwóch dolnych – utrwalone	9 000 zł	22 500 zł	45 000 zł
69	utrwalony niedowład cztero kończynowy albo dwóch kończyn górnych albo dwóch kończyn dolnych	8 000 zł	20 000 zł	40 000 zł
70	zespół stożka końcowego rdzenia	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
71	Amputacja nosa	3 000 zł	7 500 zł	15 000 zł
72	Amputacja małżowiny usznej	2 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
73	Amputacja kończyny w obrębie barku	7 500 zł	18 750 zł	37 500 zł
74	Amputacja kończyny w obrębie ramienia	7 000 zł	17 500 zł	35 000 zł
75	Amputacja kończyny w stawie łokciowym	6 500 zł	16 250 zł	32 500 zł
76	Amputacja kończyny w obrębie przedramienia	6 000 zł	15 000 zł	30 000 zł
77	Amputacja kończyny w obrębie nadgarstka	5 500 zł	13 750 zł	27 500 zł
78	Amputacja kciuka	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
79	Amputacja palca wskazującego	1 800 zł	4 500 zł	9 000 zł
80	Amputacja palców III – V, za każdy palec	800 zł	2 000 zł	4 000 zł
81	Amputacja lub uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki	5 500 zł	13 750 zł	27 500 zł
82	Amputacja w obrębie biodra	8 500 zł	21 250 zł	42 500 zł
83	Amputacja w obrębie uda	7 000 zł	17 500 zł	35 000 zł
84	Amputacja w obrębie stawu kolanowego	6 500 zł	16 250 zł	32 500 zł
85	Amputacja w obrębie podudzia	6 000 zł	15 000 zł	30 000 zł
86	Amputacja całej stopy	5 000 zł	12 500 zł	25 000 zł
87	Amputacja w obrębie śródstopia	2 500 zł	6 250 zł	12 500 zł
88	Amputacja palucha	1 200 zł	3 000 zł	6 000 zł



89	Amputacja palców II–V, za każdy palec	200 zł	500 zł	1 000 zł
90	skrócenie kończyny powyżej 5 cm	3 000 zł	7 500 zł	15 000 zł

IV. BLIZNY

91	blizny skóry powyżej 5 cm długości, z wyłączeniem blizn pooperacyjnych	100 zł	250 zł	500 zł
----	--	--------	--------	--------

- Łączna kwota wypłaconych w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia (12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej) świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Złamania, Oparzenia, Kalectwa nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Złamania, Oparzenia, Kalectwa.
- Jeżeli w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj Złamania, Oparzenia, Kalectwa, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj Złamania, Oparzenia, Kalectwa, lecz nie więcej niż Suma ubezpieczenia z tytułu Złamania, Oparzenia, Kalectwa.
- Wysokość świadczeń określamy na podstawie dokumentacji medycznej, Orzeczenia lekarskiego lub Opinii lekarskiej, oraz w oparciu o tabelę Złamań, Oparzeń, Kalectw.

Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?

- Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do nas zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie będą Ci potrzebne do zgłoszenia roszczenia.

- Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia powypadkowego,
 - kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy taki dokument został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku,
 - szczegółowy opis zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia – na nasz wniosek.
- Przedłożone nam orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Ciebie i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Złamania, Oparzenia, Kalectwa nie mają charakteru wyłączenie wiążącego. W celu potwierdzenia Twojego stanu zdrowia możemy wymagać od Ciebie poddania się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na nasz koszt przez wyznaczonego lekarza.

Pakiet dla Dziecka

Sekcja G. Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka

Rozdział 1. Co chronimy?

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie Twoje Dzieci.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje Złamanie, Oparzenie, Skręcenie doznane przez Dziecko.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Poniżej wypisaliśmy sytuacje, w których nie wypłacimy pieniędzy.

- Jesteśmy wolni od odpowiedzialności, gdy Złamanie, Oparzenie, Skręcenie u Dziecka będzie następstwem:
 - działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub użycia broni masowego rażenia,
 - świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w innych niż wskazane w ppkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba, że udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub z obrony koniecznej,
 - świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach terroryzmu,
 - popetnienia lub usiłowania popetnienia przez Dziecko przestępstwa,
 - pozostawania przez Dziecko w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba, że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Dziecko,
 - prowadzenia przez Dziecko pojazdu bez uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa,
 - udziału Dziecka w bójce (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej).



Rozdział 2. Komu i jakie świadczenie możemy wypłacić?

1. Uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia doznanego przez Dziecko jesteś Ty.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia i rodzaju zdarzenia wymienionego w Tabeli Złamań, Oparzeń, Skręceń, i wynosi:

Tabela Złamań, Oparzeń, Skręceń

		Suma ubezpieczenia
		10 000 zł
Rodzaj Zdarzenia ubezpieczeniowego		Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego
I. ZŁAMANIA, SKRĘCENIA		
1	złamanie podstawy i/lub sklepienia czaszki z wyłączeniem twarzoczaszki	600 zł
2	złamanie kości twarzoczaszki	600 zł
3	złamanie mostka	600 zł
4	złamanie jednego lub dwóch żeber	600 zł
5	złamanie co najmniej trzech żeber	600 zł
6	skręcenie kręgosłupa szyjnego	300 zł
7	skręcenie kręgosłupa piersiowego	300 zł
8	skręcenie kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego	300 zł
9	złamanie kompresyjne trzonu lub złamanie wyrostków – poprzecznych, kolczystych, łuków	600 zł
10	złamanie kości krzyżowej lub ogonowej kręgosłupa	600 zł
11	miednica: złamanie z przerwaniem obręczy miednicy	600 zł
12	miednica: złamanie bez przerwania obręczy miednicy	600 zł
13	złamanie lub zwichnięcie w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	600 zł
14	złamanie kości udowej i/lub złamanie innych kości tworzących staw kolanowy z wyłączeniem złamania kości piszczelowej	600 zł
15	skręcenie stawu kolanowego	300 zł
16	złamanie wyłącznie jednej kości podudzia	600 zł
17	złamanie łącznie obu kości podudzia	600 zł
18	złamanie w obrębie kości stępu	600 zł
19	skręcenie stawu skokowego	300 zł
20	złamanie jednej bądź wielu kości śródstopia	600 zł
21	złamanie paliczka albo paliczków palucha	600 zł
22	złamanie paliczka albo paliczków palca II–V, za każdy palec	600 zł
23	zwichnięcie lub skręcenie stawu barkowo – obojczykowego lub mostkowo – obojczykowego	300 zł
24	zwichnięcie lub skręcenie stawu łopatkowo – ramiennego	300 zł
25	złamanie łopatki albo obojczyka	600 zł
26	złamanie łącznie łopatki i obojczyka	600 zł
27	zwichnięcie lub skręcenie stawu łokciowego	300 zł
28	złamanie kości ramiennej lub innych kości w obrębie stawu łokciowego	600 zł
29	złamanie jednej kości przedramienia	600 zł
30	złamanie łącznie obu kości przedramienia	600 zł
31	zwichnięcie lub skręcenie stawu nadgarstkowego	300 zł
32	złamanie kości nadgarstka z wyłączeniem kości przedramienia	600 zł
33	złamanie kości w obrębie śródreżca	600 zł
34	złamanie kciuka	600 zł
35	złamanie II palca	600 zł
36	złamanie palca III–V, za każdy palec	600 zł



II. OPARZENIA

37	oparzenie II stopnia od 1% do 4% powierzchni ciała	300 zł
38	oparzenie II stopnia od 5% do 15% powierzchni ciała	300 zł
39	oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	300 zł
40	oparzenie II stopnia od 16% do 30% powierzchni ciała	300 zł
41	oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	300 zł

III. BLIZNY

42	blizny skóry powyżej 5 cm długości, z wyłączeniem blizn pooperacyjnych	300 zł
----	--	--------

IV. UTRATA ZĘBA STAŁEGO

43	Utrata zęba stałego	300 zł
----	---------------------	--------

- Łączna kwota wypłaconych w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia (12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej) świadczeń ubezpieczeniowych nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia. Suma ubezpieczenia jest łączna dla wszystkich Dzieci.
- Jeżeli w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj Złamania, Oparzenia, Skręcenia, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj Złamania, Oparzenia, Skręcenia, lecz nie więcej niż Suma ubezpieczenia z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia.
- Wysokość świadczenia określamy na podstawie dokumentacji medycznej, Orzeczenia lekarskiego lub Opinii lekarskiej.

Rozdział 3. Co jest potrzebne do wypłaty świadczenia?

- Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do nas zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.

Poniżej znajdziesz listę dokumentów, jakie będą Ci potrzebne do zgłoszenia roszczenia.

- Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia powypadkowego Dziecka,
 - kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy taki dokument został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku,
 - szczegółowy opis zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - akt urodzenia Dziecka lub inny dokument stwierdzający przysposobienie Dziecka,
 - inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia – na nasz wniosek.
- Przedłożone nam orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu potwierdzenia stanu zdrowia Dziecka, możemy wymagać poddania się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na nasz koszt przez wyznaczonego lekarza.

Sekcja H. Pomoc po wypadku

Ze świadczeń Pomocy po wypadku możesz skorzystać w związku z Uszkodzeniem ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Dziecka lub Nagłego zachorowania Dziecka, niezależnie od otrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia u Dziecka.

Rozdział 1. Co chronimy?

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
- Zakres Pomocy po wypadku obejmuje poniższe świadczenia realizowane w związku z Uszkodzeniem ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Dziecka.



	Limit świadczeń/Suma ubezpieczenia
1) Wsparcie po hospitalizacji Dziecka:	
a. wizyta pielęgniarska po hospitalizacji Dziecka	
b. zakwaterowanie osoby towarzyszącej w trakcie hospitalizacji Dziecka	
c. transport medyczny wraz z osobą towarzyszącą	
2) Rehabilitację Dziecka:	5 000 zł łącznie na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia
a. organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji Dziecka w domu bądź w ośrodku rehabilitacyjnym	
b. organizacja i transport Sprzętu rehabilitacyjnego	
3) Korepetycje dla Dziecka	
4) Pomoc psychologa dla Dziecka	
5) Infolinię medyczną	Bez limitu
6) Wizytę pediatry w przypadku Nagłego zachorowania Dziecka	2 wizyty w Okresie ubezpieczenia

- Pomoc po wypadku realizowana jest na rzecz Dziecka i wyłącznie na terytorium Polski.
- Świadczenia Pomocy po wypadku wymienione w ust. 2 pkt 1) – 5) przysługują na wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia (12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej). Limit ten jest łączny dla wszystkich Dzieci.
- Z wizyty pediatry w przypadku Nagłego zachorowania Dziecka możesz skorzystać 2 razy w Okresie ubezpieczenia (12-miesięczny okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej). Limit wizyt jest łączny dla wszystkich Dzieci.
- Świadczenia Pomoc po wypadku **nie przysługują** w przypadkach ograniczających naszą odpowiedzialność z tytułu Złamania, Oparzenia, Skręcenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Dziecka.

Rozdział 2. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach wsparcia po hospitalizacji Dziecka?

1. Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji Dziecka

- Jeżeli w następstwie Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wymagającego jednodniowej hospitalizacji Dziecka, potrzebna będzie opieka pielęgniarska, za pomocą Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarskiej w Miejscu pobytu Dziecka.
- Zakres świadczenia wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - wykonywanie zabiegów leczniczych, tj.: ćwiczenia terapeutyczne, okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, wykonanie zastrzyku, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem lekarza Dziecka,
 - wykonywanie czynności diagnostycznych, tj.: pomiar ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniami lekarza Dziecka.
- Świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji **nie obejmuje** pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności pielęgniarskich.
- Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

2. Zakwaterowanie osoby towarzyszącej w trakcie co najmniej jednodniowej hospitalizacji Dziecka

- Jeżeli w przypadku Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wymagana jest co najmniej jednodniowa hospitalizacja Dziecka, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania oraz transportu osoby towarzyszącej Dziecku z Miejsca pobytu Dziecka do hotelu położonego w pobliżu miejsca hospitalizacji Dziecka.
- Koszty zakwaterowania w hotelu **nie obejmują** dodatkowych wydatków poniesionych przez osobę towarzyszącą związanych z pobytem w hotelu, tj. telefon, dodatkowe wyżywienie lub inne usługi świadczone przez hotel.
- Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym trzech Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

3. Transport medyczny wraz z osobą towarzyszącą

- Jeżeli w następstwie Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku potrzebujesz przewiezienia Dziecka wraz z osobą towarzyszącą Dziecku z Miejsca pobytu Dziecka do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia Dziecku pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Dziecka wraz z osobą towarzyszącą Dziecku do Miejsca pobytu Dziecka i transportu między innym szpitalem lub placówkami medycznymi, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty takiego transportu medycznego.
- Nie zorganizujemy transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Dziecka konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz Partnera medycznego wyjaśni Tobie przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z Tobą sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
- Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmujemy po konsultacji z lekarzem Dziecka, uwzględniając stan zdrowia Dziecka, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
- Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w okresie jednego dnia od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.



Rozdział 3. Z jakich świadczeń możesz skorzystać w ramach rehabilitacji Dziecka?

1. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji Dziecka w domu bądź w ośrodku rehabilitacyjnym

- 1) Jeżeli wskutek Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie ze wskazaniami lekarza Dziecka, powinno ono odbyć rehabilitację, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy Dziecku i pokryjemy koszty wizyt specjalisty fizykoterapeuty w Miejscu pobytu Dziecka lub zorganizujemy transport Dziecka do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów tej wizyty w poradni rehabilitacyjnej.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od dnia otrzymania Twojego zgłoszenia.

2. Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego

- 1) Jeżeli wskutek Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie ze wskazaniami lekarza Dziecka, powinno ono używać Sprzętu rehabilitacyjnego, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia Sprzętu rehabilitacyjnego do Twojego Miejsca pobytu. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego Sprzętu rehabilitacyjnego.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

Rozdział 4. Z jakich jeszcze świadczeń możesz skorzystać?

1. Korepetycje dla Dziecka

- 1) Jeżeli wskutek Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Dziecko nie może uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 10 dni kalendarzowych, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ciebie przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole pierwszego wyboru.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

2. Pomoc psychologa dla Dziecka

- 1) Jeżeli wskutek Uszkodzenia ciała Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Dziecko będzie potrzebowało pomocy psychologa, za pośrednictwem Partnera medycznego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty u psychologa.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

3. Wizyta pediatry w przypadku Nagłego zachorowania Dziecka

- 1) Jeżeli w następstwie Nagłego zachorowania Dziecko będzie potrzebowało konsultacji lekarskiej, za pośrednictwem Partnera medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt lekarza pediatry lub lekarza rodzinnego w Miejscu pobytu Dziecka.
- 2) Partner medyczny zobowiązuje się do organizacji i pokrycia kosztów tej usługi w terminie nieprzekraczającym dwóch Dni roboczych od daty otrzymania Twojego zgłoszenia.

4. Infolinia medyczna

W ramach Infolinii medycznej udostępniemy Tobie, za pośrednictwem Partnera medycznego, możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii medycznej, który udzieli Tobie ustnej ogólnej informacji w zakresie:

- dostępności szpitali prywatnych,
- zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne placówki szpitalne,
- danych teleadresowych poszczególnych szpitali,
- średnich cen usług medycznych oferowanych przez poszczególne szpitale,
- szczepień dzieci.

Rozdział 5. Jak wystąpić o organizację świadczeń Pomocy po wypadku?

1. W celu skorzystania z usługi Pomocy po wypadku Dziecka, należy skontaktować się z naszym Partnerem medycznym pod numerem telefonu 22 264 51 07 (opłata zgodna z taryfą danego operatora) i podać następujące dane:

- 1) Twoje imię i nazwisko,
- 2) dokładny adres Miejsca pobytu Dziecka,
- 3) Twój numer PESEL bądź numer Polisy,
- 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub wskazaną przez Ciebie osobą,
- 5) krótki opis zdarzenia oraz rodzaju potrzebnej pomocy,
- 6) wszelkie inne informacje niezbędne Partnerowi medycznemu w celu udzielenia świadczenia.



2. Ponadto należy:
 - 1) udzielić naszemu pracownikowi lub innemu naszemu przedstawicielowi (w tym pracownikowi Partnera medycznego) wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu naszych świadczeń,
 - 2) udzielić specjalistcie lub lekarzowi Partnera medycznego pełnomocnictw, niezbędnych dla realizacji świadczenia,
 - 3) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia jesteśmy zobowiązani, innym osobom, z zastrzeżeniem pkt 3,
 - 4) współdziałać z pracownikiem Partnera medycznego w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
3. W przypadku, gdy Partner medyczny nie przystąpi do spełnienia świadczenia w terminie określonym dla danego świadczenia (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Tobą a Partnerem medycznym co do terminu wykonania świadczenia), lub wyrazi zgodę na wykonanie na Twoją rzecz tego świadczenia przez inną osobę lub podmiot, wówczas przysługuje Ci prawo wystąpienia do Partnera medycznego z wnioskiem o refundację poniesionych kosztów, maksymalnie do limitów wskazanych w Rozdziale 1 ust. 4 i 5.
4. Wniosek o refundację poniesionych kosztów należy przesać na adres Partnera medycznego. Wniosek powinien zawierać:
 - 1) numer Polisy,
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) oryginał lub kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą dokładną diagnozę oraz zalecane leczenie,
 - 4) rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ciebie na wykonanie danego świadczenia przez inną osobę lub podmiot niż Partner medyczny.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Życie i zdrowie zostały przyjęte uchwałą Zarządu Santander Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 29.04.2020 r. i weszły w życie w dniu 15.05.2020 r.