

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

**Usługa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Urzędu Miasta i Gminy
we Wrześni oraz jednostek organizacyjnych, ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci**

Tabela nr 1: Dane o uczestnikach postępowania

Lp.	Nazwa i adres jednostki	Aktualna liczba ubezpieczonych pracowników	Okres ubezpieczenia:	Zakładana ilość miesięcy ubezpieczenia
1	Urząd Miasta i Gminy we Wrześni ul. Ratuszowa 1, 62-300 Września	238	01.04.2018 – 31.03.2020	24
2	Biblioteka Publiczna we Wrześni ul. Dzieci Wrzesińskich 13, 26-300 Września			
3	Muzeum Regionalne we Wrześni ul. Dzieci Wrzesińskich 13, 26-300 Września			
4	Przedszkole Nr 6 we Wrześni ul. Zielonogórska 17, 62-300 Września			

1. Warunki szczególne:

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Urzędu Miasta i Gminy we Wrześni oraz jednostek organizacyjnych Urzędu, ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci, zgodnie z zakresem ubezpieczenia podanym w SIWZ w okresie - maksymalnie 24 miesięcy. Informacje o podziale osób zatrudnionych i obecnie ubezpieczonych ze względu na wiek i płeć zawiera Załącznik Nr 3 do SIWZ.
2. Zaproponowana przez Wykonawcę w ofercie, składka miesięczna od osoby będzie obowiązywać przez cały okres trwania umowy tj. przez 24 miesięcy.
3. Wysokość opłaconej składki będzie w każdym miesiącu iloczynem zaproponowanej składki za ubezpieczenie jednej osoby oraz liczby osób.
4. Pierwsza i kolejna składka płatna jest nie później niż do 10 dnia miesiąca kalendarzowego, za który udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa (jest należna ochrona)
5. Nieopłacenie przez Zamawiającego składki w całości lub części w terminie przewidzianym w pkt. 4 nie powoduje ustania odpowiedzialności Wykonawcy. Wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do opłacenia zaległości, wskazując co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin opłacenia zaległości.
6. Zamawiający nie gwarantuje, że wszyscy Pracownicy przystąpią do ubezpieczenia. Łączna minimalna liczba ubezpieczonych w ramach umowy nie może być niższa niż 60% obecnie ubezpieczonych zgodnie ze strukturą stanowiącą Załącznik Nr 3 do SIWZ. Rozwiązanie umowy przez jedną jednostkę, nie ma wpływu na funkcjonowanie umów zawartych przez pozostałe jednostki.
7. Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usługi grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników, będących osobami fizycznymi pozostającymi w stosunku prawnym z Zamawiającym, w szczególności w stosunku służbowym i stosunku pracy, którzy przystąpią do grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie deklaracji przystąpienia, a także ich współmałżonków i pełnoletnich dzieci.
8. Prawo przystąpienia do ubezpieczenia posiadają osoby (pracownicy, a także ich współmałżonkowie i dorosłe dzieci), którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończyli 18 rok życia i nie ukończyli 69 roku życia.
9. Płatnikiem składki jest osoba, która pozostaje z Zamawiającym w stosunku prawnym zgodnie z zapisami pkt 7 i jest objęta ochroną z tytułu grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie w ramach umowy zawartej przez Zamawiającego z Wykonawcą. Składka za ubezpieczenie współmałżonków i pełnoletnich dzieci pracownika będzie potrącana z wynagrodzenia pracownika Zamawiającego.
10. Zmiana liczby ubezpieczonych nie będzie miała wpływu na składkę miesięczną za jednego ubezpieczonego, na warunki i zakres ubezpieczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.
11. Złożenie deklaracji uczestnictwa przez ubezpieczonego do Zamawiającego i opłacenie składki jest jednoznaczne z objęciem go przez Wykonawcę ochroną ubezpieczeniową w pełnym zakresie (zgodnie z ofertą i wymogami SIWZ). Zamawiający przekazuje Wykonawcy listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami tych osób, listę osób występujących z ubezpieczenia, w terminie na 3 dni przed rozpoczęciem miesiąca, którego dotyczą.
12. Wykonawca zapewni, że nie będzie stosował żadnych wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej z tytułu karencji dla osób składających deklarację przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia objętego niniejszym zamówieniem publicznym przez okres 1 miesiąca od momentu zawarcia umowy. Zapis dotyczy również nowo zatrudnianych Pracowników Zamawiającego w okresie 1 miesiąca od daty ich zatrudnienia. Brak karencji dotyczy zarówno świadczeń ubezpieczeniowych, którymi Ubezpieczeni Pracownicy Zamawiającego byli

objęci w obecnym ubezpieczeniu grupowym jak i świadczeń nowych, które dotychczas nie funkcjonowały. Zamawiający wymaga braku karencji dla osób obecnie ubezpieczonych oraz nowo zgłoszonych, jeżeli przystąpiły one do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji uczestnictwa przed upływem 1 miesiąca liczonego od daty:

- zawarcia związku małżeńskiego,
- ukończenia 18-go roku życia (dotyczy dziecka pracownika),
- rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, nawiązania stosunku prawnego, jeżeli stosunek prawny ubezpieczanego z ubezpieczonym powstał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku przekroczenia okresu 1 miesiąca, karencje obowiązują zgodnie z OWU Wykonawcy.

13. Wykonawca przyjmie do ubezpieczenia pracowników, którzy w dacie zawarcia umowy przebywali na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim/tacierzyńskim lub urlopie bezpłatnym o ile osoby te były objęte ubezpieczeniem w ramach poprzedniego ubezpieczenia funkcjonującego u Zamawiającego. Jeżeli osoby te nie były objęte ubezpieczeniem w ramach poprzednio funkcjonującego ubezpieczenia mają prawo przystąpić do umowy zawartej z Zamawiającym bez karencji pod warunkiem, że przystąpią do ubezpieczenia w okresie 1 miesiąca od momentu powrotu do pracy u Zamawiającego.
14. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie zrezygnować z ubezpieczenia, poprzez złożenie Wykonawcy pisemnego oświadczenia o rezygnacji. Koniec ochrony ubezpieczeniowej następuje z upływem ostatniego dnia miesiąca, za jaki przekazano składkę.
15. Wykonawca nie będzie stosował w stosunku do ubezpieczonych żadnych badań medycznych ani ankiet medycznych (dotyczy to również współubezpieczonych małżonków i dorosłych dzieci przystępujących do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia).
16. SIWZ wraz z załącznikami jest wystarczającym wnioskiem do zawarcia umowy ubezpieczenia, a podane w nim dane są dostateczne do prawidłowego wyliczenia składki za ubezpieczenie.
17. Wykonawca nie może uzależnić zawarcia umowy od dodatkowych informacji niezawartych w SIWZ. Wszelkie dodatkowe postanowienia OWU w tym zakresie nie mają zastosowania.
18. Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia kwoty wypłaty świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej o ile wcześniej zostało wypłacone świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby ubezpieczonej.
19. Zamawiający nie dopuszcza pomniejszenia wypłaty świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych w przypadku, gdy operacja była wykonana metodą endoskopową.
20. Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu/trwałej utraty zdrowia będą wypłacone, bez stosowania żadnych ograniczeń, już od 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu/trwałej utraty zdrowia osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
21. Zamawiający nie dopuszcza ograniczeń w OWU Wykonawcy, które przewidują brak ochrony z tytułu poszczególnych ryzyk po osiągnięciu przez ubezpieczonego określonego wieku (np. 60, 65 lat) – np. śmierć w następstwie krwotoku śródmózgowego lub zawału serca, trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania/ciężkiej choroby, operacji chirurgicznej, itd.
22. Wykonawca gwarantuje Ubezpieczonym prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia po ustaniu stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym. Minimalny zakres pakietu Indywidualnej Kontynuacji musi obejmować ryzyka:
 - a) zgon ubezpieczonego - 100 % zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - b) zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) - 200 % zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - c) trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (NW) – 1% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia za 1 % orzeczonego uszczerbku;
 - d) zgon współmałżonka - 100% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - e) zgon dziecka - 30% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - f) zgon rodziców/teściów - 20% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - g) urodzenie dziecka ubezpieczonemu - 10 % zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - h) urodzenie martwego dziecka - 20% zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - i) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego - 40 % zadeklarowanej sumy ubezpieczenia;
 - j) zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - k) operacja ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - l) zgon małżonka w wyniku wypadku;
 - m) zgon małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - n) zgon dziecka w wyniku wypadku;
 - o) dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego w związku z pobytem w szpitalu w wyniku wypadku.

Ubezpieczony decyduje o kontynuacji ubezpieczenia indywidualnego.
23. Umowa kontynuowana indywidualnie musi być umową dożywotnią. Warunki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, w tym

zakres ubezpieczenia i wysokość składki, zostaną określone w momencie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego i będą obowiązywały bez zmian dożywotnio.

24. Prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu posiadającemu minimum jednomiesięczny staż w ubezpieczeniu oraz po złożeniu deklaracji przystąpienia i opłaceniu składki. Do okresu stażu uprawniającego do skorzystania z indywidualnej kontynuacji wliczany będzie okres obejmowania ochroną w ramach aktualnie obowiązującej u Zamawiającego, umowy ubezpieczenia.
25. Każdy z ubezpieczonych, po odejściu z pracy, przejściu na emeryturę lub przejściu w stan spoczynku, ma prawo w terminie do 3 miesięcy od ustania stosunku pracy, skorzystać z indywidualnej formy ubezpieczenia tzw. indywidualnej kontynuacji, bez stosowania jakichkolwiek wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej, karencji a także stosowania badań czy ankiet medycznych.
26. System likwidacji świadczeń ma zapewniać możliwość:

- a) zgłaszania świadczeń przez Internet,
- b) zgłaszania świadczeń za pośrednictwem poczty,
- c) zgłaszania świadczeń w jednostkach Wykonawcy rozlokowanych na terenie Polski.

Likwidacja szkód nastąpi w okresie nie dłuższym niż 30 dni od daty zgłoszenia szkody. Wykonawca wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Wykonawcy. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Wykonawcy w stosunku do ubezpiezonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, Wykonawca wykonuje zobowiązania w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

27. Wypłata świadczenia nastąpi przelewem na konto bankowe Ubezpiezonego, a jeżeli Ubezpieczony nie posiada konta bankowego, przekazem pocztowym na adres podany przez Ubezpiezonego lub w kasie banku.
28. W przypadku rozbieżności pomiędzy zapisami OWU i umowy ubezpieczenia, pierwszeństwo mają zapisy SIWZ. Zamawiający informuje, że zapisy SIWZ zawierają charakterystykę ubezpieczenia, którą Wykonawca jest zobowiązany zapewnić. Zamawiający informuje, że szerszy zakres nie znajduje odzwierciedlenia w ocenie ofert.
29. Znaczenie definicji i innych pojęć wskazanych w SIWZ powinno być adekwatne lub korzystniejsze do pojęć identycznych lub bliskoznacznych stosowanych przez Wykonawcę w jego Ogólnych Warunkach dotyczących ryzyk opisanych w SIWZ.
30. W zakresie nieuregulowanym zapisami SIWZ, zastosowanie będą miały zapisy zawarte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia podstawowego lub dodatkowego z tym, że nie będą one ograniczać lub wyłączać zapisów SIWZ.
31. Wybrany wykonawca na własny koszt zorganizuje realizację wszelkich procedur niezbędnych do zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
32. Elektroniczny system obsługi ubezpieczenia:

Wykonawca zapewni dostępne za pośrednictwem Internetu środowisko informatyczne do obsługi ubezpieczenia umożliwiające:

- a) generowanie wniosku o wypłatę świadczeń umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- b) generowanie wniosku o przejście na indywidualną kontynuację umożliwiające jego późniejsze wydrukowanie,
- c) ewidencjonowanie osób przystępujących do ubezpieczenia,
- d) ewidencjonowanie osób występujących z ubezpieczenia,
- e) ewidencjonowanie zmian danych osobowych osób objętych ubezpieczeniem,
- f) możliwość zgłoszenia ubezpiezonego zdarzenia za pośrednictwem systemu.

33. Definicje: Wykonawca akceptuje treść i zakres poniższych definicji. Dopuszcza się definicje o bardziej rozszerzonym zakresie. Definicje o węższym zakresie będą powodem odrzucenia oferty.

Ubezpieczający/Zamawiający: osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca pracowników,

Ubezpieczony: pracownik, małżonek pracownika, oraz pełnoletnie dziecko pracownika, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia; małżonek danego pracownika oraz pełnoletnie dziecko danego pracownika mogą być ubezpieczonym w przypadku, gdy dany pracownik jest ubezpieczonym,

Pracownik: osoba fizyczna zatrudniona przez ubezpieczającego albo ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, dla potrzeb niniejszych OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę pozostającą w stosunku prawnym z ubezpieczającym oraz współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej; na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy ubezpieczającym i pracownikiem każdego innego związku (przynależność ubezpiezonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego, zdaniem ubezpieczyciela, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem.

Pracownik Zamawiającego: osoba fizyczna pozostająca w stosunku prawnym z Zamawiającym, w szczególności w stosunku służbowym lub stosunku pracy, która przystąpi do grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie deklaracji przystąpienia i za zgodą

Zamawiającego.

- # Małżonek: osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jej rzecz, pozostawała z pracownikiem w związku małżeńskim.
- # Pełnoletnie dziecko: dziecko własne pracownika lub dziecko przysposobione przez pracownika (w pełni lub częściowo), które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz miało ukończony 18 rok życia.
- # Rodzic małżonka: naturalny ojciec lub naturalna matka małżonka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczyrna lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu małżonka ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- # Rodzic: naturalny ojciec lub naturalna matka ubezpieczonego lub osoby, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyrna lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- # Dziecko: własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo).
- # Współubezpieczony: osoba będącą małżonkiem, rodzicem, rodzicem małżonka lub dzieckiem wskazanych w poszczególnych Ogólnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, których przedmiotem ubezpieczenia jest ich zdrowie lub życie.
- # Uprawniony: osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie
- # Składka: określona w umowie kwota wynagrodzenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, należna w danym okresie rozliczeniowym.
- # Suma składek: suma składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych.
- # Płatnik składki: płatnikiem składki jest Ubezpieczony, a do przekazania sumy składek Wykonawcy upoważniony jest przez Ubezpieczonego Zamawiający. Jako płatnika uznaje się osobę, która pozostaje z Zamawiającym w stosunku prawnym i jest objęta ochroną z tytułu grupowego ubezpieczenia pracowniczego na życie w ramach umowy zawartej przez Zamawiającego z Wykonawcą. Ubezpieczony może być płatnikiem składki za siebie oraz swojego współmałżonka i pełnoletnie dzieci, które przystąpią do ubezpieczenia.
- # Deklaracja przystąpienia: dokument potwierdzający chęć ubezpieczonego do zawarcia ubezpieczenia oraz zawierający zgodę na potrącenie składki z wynagrodzenia.
- # Umowa podstawowa: umowa ubezpieczenia na życie między Ubezpieczającym/Zamawiającym a Ubezpieczycielem / Wykonawcą na rzecz ubezpieczonych, określająca zasady obejmowania ubezpieczeniem.
- # Umowa dodatkowa: umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU.
- # Umowa ubezpieczeniowa: umowa zawierana na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.
- # Polisa: dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU.
- # Suma ubezpieczenia: suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela.
- # Świadczenie ubezpieczeniowe: suma pieniężna, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
- # Rocznicą polisy: rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
- # Okresowe ograniczenie odpowiedzialności (tzw. karencje): brak jakichkolwiek karencji dla osób przestępujących do ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy od daty podpisania umowy z Zamawiającym oraz 3 miesięcy od daty zatrudnienia u Zamawiającego zgodnie z definicją Pracownika zawartą w SIWZ, z zastrzeżeniem samobójstwa.
- # Umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie: umowa, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- # Zamawiający informuje, że samobójstwo ubezpieczonego nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia, jeżeli samobójstwo nastąpiło po upływie lat dwóch od zawarcia umowy ubezpieczenia.
- # Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną: urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, u którego stwierdzono wadę wrodzoną

wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik do niniejszych Warunków) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia.

Zgon ubezpieczonego: śmierć Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Wykonawcy.

Zgon dziecka: zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 1 rok życia.

Zgon noworodka: za zgon noworodka uważa się dziecko ubezpieczonego martwo urodzone, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 23 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia.

Osierocenie dziecka: zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia.

Nieszczęśliwy wypadek (NW): nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny: wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:

a) lądowym pojazdami silnikowymi, pojazdami szynowymi, rowerzystami, motorowerzystami, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca - w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:

- działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub

- wyróceniem się pojazdu, lub

- pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,

b) wodnym pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,

c) lotniczym statkami powietrznymi, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi.

Nieszczęśliwy wypadek w pracy: wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń służbowych,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się – w zakresie uprawnień do świadczeń – wypadek, któremu ubezpieczony uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba, że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Statek powietrzny: urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym.

Statek wodny: urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie jest objęty definicją statku wodnego.

Zawał serca*: powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie ww. musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych

Krwotok śródmózgowy*: wynaczynienie krwi do tkanki mózgowej.

* Zamawiający nie dopuszcza dodatkowego ograniczenia w wypłacie świadczeń za zgon w następstwie krwotoku śródmózgowego lub zawału serca, jeśli zgon wystąpił nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową a śmierć osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 30 dni od dnia krwotoku śródmózgowego lub zawału serca.

Udar mózgu/krwotok śródmózgowy: powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,

- b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone),

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Trwały uszczerbek: zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję.

Szpital: działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień.

Pobyt w szpitalu: każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, liczona jako doba zegarowa.

Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) / Oddział Intensywnej Terapii (OIT): oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia.

Pobyt na OIOM/OIT: trwający nieprzerwanie, co najmniej 48 godzin pobyt na OIOM/OIT podczas pobytu w szpitalu. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo.

Leczenie specjalistyczne: jedną z metod leczenia wymienionych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie, co najmniej poniżej określonych zdarzeń objętych ochroną:

- a) Chemioterapia - metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową,
- b) Radioterapia - leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego,
- c) Terapia interferonowa - podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
- d) Wszczepienie kardiowertera / defibrylatora - wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia,
- e) Wszczepienie rozrusznika serca - (stymulatora serca, kardiostymulatora) wszczepienie do ciała chorego urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca,
- f) Ablacja - zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca,

Za dzień zajścia zdarzenia uważa się dzień:

- a) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
- b) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
- c) pierwszej dializy w przypadku dializoterapii,
- d) wszczepienia defibrylatora, rozrusznika serca lub wykonania ablacji.

Ubezpieczyciel wypłaca jedno świadczenie w przypadku radioterapii lub chemioterapii. Każde ze świadczeń wypłacane jest tylko raz a następnie odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego świadczenia wygasa.

Operacja chirurgiczna: zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek.

Operacja wtórna (reoperacja) – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu.

- # Rehabilitacja poszpitalna: trwający nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za pierwsze 30 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim. Świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej przysługuje maksymalnie łącznie za 90 dni pobytu na zwolnieniu lekarskim w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia.
- # Niezdolność do samodzielnej egzystencji: zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na okres powyżej 24 miesięcy. Ostateczną decyzję o uznaniu świadczenia podejmuje komisja lekarska ubezpieczyciela.
- # Poważne zachorowanie: jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- # Choroba: stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli.
- # Komisja lekarska: lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.
- # Zwolnienie lekarskie: zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

Na katalog poważnego zachorowania **ubezpieczonego i małżonka ubezpieczonego** składają się poniższe choroby:

- 1. NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY** - za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - 1) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
 - 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - 5) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- 2. ZAWAŁ SERCA** - za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - 2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.
- 3. UDAR MÓZGU** - za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - 1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - 2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - 3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

5. OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH - za operację pomostowania naczyń wieńcowych uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

6. NIEWYDOLNOŚĆ NEREK - za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

7. PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW - za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
 - 2) szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

8. PARALIŻ - za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

9. UTRATA KOŃCZYN - za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

10. UTRATA WZROKU - za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

11. UTRATA SŁUCHU - za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

12. UTRATA MOWY - za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

13. CIĘŻKIE OPARZENIA - za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.

14. ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU - za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.

15. ŚPIĄCZKA - za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

16. OPERACJA AORTY - za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

17. CHOROBA ALZHEIMERA - za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

18. SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY - za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- b) trwała żółtaczka,
- c) żylaki przełyku,
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

19. OPERACJA ZASTAWEK SERCA - za operację zastawek serca uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

20. STWARDNIENIE ROZSIANE - za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

21. CHOROBA PARKINSONA - za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia. Czynności dnia codziennego:

- 1) Kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób.
- 2) Ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania.
- 3) Jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku.
- 4) Toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie.
- 5) Poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
- 6) Przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną.

22. ANEMIA APLASTYCZNA - za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,

- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

23. ZAPALENIE MÓZGU - za zapalenie mózgu uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

24. SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA - za schyłkową niewydolność oddechową uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) poniżej 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

24. ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH - za zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

25. CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA - za chorobę Creutzfeldta - Jakoba uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

26. ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi) - za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

27. ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem) - za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) uważa się zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.

2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
- 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,

- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u ubezpieczonego (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

3. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku

z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
- 15) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia leczenia specjalistycznego w związku z:

- 1) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 2) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,

- 5) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 6) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 7) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 8) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 9) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 10) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 11) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
- 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem

Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie tych rodzajów leczenia specjalistycznego, które nie były zastosowane w stosunku do ubezpieczonego przed zawarciem na rzecz danego ubezpieczonego umowy w zakresie ryzyka leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
- 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
- 4) ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, komplikacjami porodu, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 6) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia niniejszej umowy,
- 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju
- 13) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie, prowadzeniem pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
- 17) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 18) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem