

Ogólne Warunki Ubezpieczenia  
następstw nieszczęśliwych wypadków oraz  
poważnych zachorowań

OCHRONA ZDROWIA

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844 ze zm.)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<p>OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (OWU):</p> <p>§2;  §3 ust. 1-7;  §11 ust. 8;  §7;  §8;  §12;  §14;  §16 ust. 1; 3-4; 7; 10-11;</p> <p>Klauzula nr 1 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków:  §2;  §3;  §5;  §6, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 2 Ubezpieczenie poważnego zachorowania:  §2;  §3;  §5;  §6;  §7, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 3 Ubezpieczenie dziennego świadczenia szpitalnego:  §2;  §3;  §4;  §6;  §7;  §8, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 4 Ubezpieczenie utraconego dochodu:  §2;  §3;  §4;  §6;  §7;  §8, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p>

	<p>Klauzula nr 5 Ubezpieczenie pomocy finansowej:  §2;  §3;  §5;  §6;  §7, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU;</p>
<p>Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności TUV MEDICUM uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<p>OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (OWU):  §3 ust. 8;  §4;  §7 ust. 1-2;  §8;  §12 ust. 5;  §15;  §16 ust. 10-11, z zastosowaniem odpowiednich pojęć w §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 1 Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków:  §2;  §3 ust. 2;  §4;  §5 ust. 2, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 2 Ubezpieczenie poważnego zachorowania:  §1 ust. 2-3;  §2;  §3 ust. 2-3;  §4;  §5, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 3 Ubezpieczenie dziennego świadczenia szpitalnego:  §2;  §3 ust. 2-3;  §5;  §6, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 4 Ubezpieczenie utraconego dochodu:  §2;  §3 ust. 2-3;  §5;  §6;  §7 ust. 2-3, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU</p> <p>Klauzula nr 5 Ubezpieczenie pomocy finansowej:  §2;  §3 ust. 3-5;  §4, z zastosowaniem odpowiednich pojęć §2 OWU;</p>

## Spis treści

§1 Postanowienia ogólne .....	5
§2 Definicje .....	5
§3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....	8
§4 Wspólne wyłączenia odpowiedzialności.....	9
§5 Zawarcie umowy ubezpieczenia.....	10
§6 Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek .....	11
§7 Okres ochrony ubezpieczeniowej .....	11
§8 Karencja.....	11
§9 Suma ubezpieczenia .....	12
§10 Składka ubezpieczeniowa.....	12
§12 Obowiązki Ubezpieczającego/Ubezpiezonego związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.....	14
§13 Obowiązki TUV MEDICUM związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia .....	14
§14 Postępowanie w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.....	15
§15 Skutki naruszenia obowiązków przez Ubezpieczającego, Ubezpiezonego .....	16
§16 Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego.....	16
§17 Rozpatrywanie reklamacji, skarg i zażaleń oraz właściwość sądowa .....	17
§18 Wejście w życie .....	18
Klauzula nr 2.....	22
Ubezpieczenie poważnego zachorowania .....	22
Klauzula nr 3.....	25
Klauzula nr 4.....	27
Ubezpieczenie utraconego dochodu .....	27
Klauzula nr 5.....	29
Ubezpieczenie pomocy finansowej.....	29
Załącznik nr 1 .....	31

## §1 Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych MEDICUM (zwanym dalej TUV MEDICUM) jako Ubezpieczycielem z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną (Ubezpieczającymi).
2. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego). W takim przypadku Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczony może żądać by TUV MEDICUM udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
4. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych OWU, potwierdzone w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
5. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych, OWU mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym tymi postanowieniami.
6. TUV MEDICUM zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku TUV MEDICUM nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
7. W sprawach nieuregulowanych w OWU lub w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie stosowne przepisy prawa polskiego, w tym w szczególności Kodeksu Cywilnego oraz aktów prawnych regulujących działalność ubezpieczeniową.

## §2 Definicje

Przez użyte w treści niniejszych OWU pojęcia należy rozumieć:

- 1) **choroba** – niezależna od woli Ubezpieczonego reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy, które zgodnie z wiedzą medyczną wymagają leczenia, rehabilitacji, diagnostyki;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba mająca długotrwały przebieg, trwająca zwykle miesiącami lub latami (także z okresami zaostrzenia lub remisji), leczona w sposób stały lub okresowy i zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) **choroba psychiczna** – ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, zwykle będących źródłem cierpienia lub utrudnień w funkcjonowaniu społecznym, oznaczone w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach od F00 do F99;
- 4) **choroba tropikalna** – grupa schorzeń występujących w krajach o klimacie tropikalnym lub subtropikalnym o różnym pochodzeniu, związana warunkami socjoekonomicznymi;
- 5) **bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik. Udziałem w bójce nie jest włączenie się do zajścia w celu przywrócenia porządku lub spokoju publicznego, związane z wykonywaniem pracy albo działanie w ramach obrony koniecznej;
- 6) **dokument ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 7) **deklaracja przystąpienia** – dokument potwierdzający przystąpienie do umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego;
- 8) **grupowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana przez przedsiębiorcę na rzecz co najmniej 5 osób fizycznych;

- 9) **hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej trwający nieprzerwanie co najmniej 3 doby, od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu, przeprowadzany w celu wykonywania badań diagnostycznych lub leczenia;
- 10) **indywidualna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana przez osobę fizyczną na rzecz nie więcej niż 4 osób fizycznych;
- 11) **karencja** – okres, w którym obowiązuje umowa ubezpieczenia, lecz TUW MEDICUM jest wolne od odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenia ubezpieczeniowe;
- 12) **koszty leczenia** – związane z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową niezbędne wydatki poniesione przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu:
  - a) wizyt lekarskich, badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych;
  - b) nabycia niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych (w tym gipsu lekkiego) przepisanych przez lekarzy prowadzących leczenie Ubezpieczonego;
  - c) kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu środków pomocniczych;
  - d) kosztów transportu z miejsca nieszczęśliwego wypadku do miejsca hospitalizacji oraz z miejsca hospitalizacji do miejsca zamieszkania;
  - e) kosztów poszukiwania i ratownictwa;
- 13) **koszty poszukiwania i ratownictwa** - koszty akcji poszukiwawczej Ubezpieczonego prowadzonej przez wyspecjalizowane w tym celu służby, koszty transportu Ubezpieczonego oraz koszty udzielenia doraźnej pomocy medycznej poniesione od momentu odnalezienia Ubezpieczonego do momentu przywiezienia go do miejsca hospitalizacji. Za czas trwania akcji poszukiwawczej uznaje się okres od zgłoszenia zaginięcia Ubezpieczonego do momentu zakończenia akcji poszukiwawczej;
- 14) **kraj stałego pobytu** – kraj, w którym Ubezpieczony posiada zezwolenie na osiedlenie albo kraj, którego obywatelstwo Ubezpieczony posiada lub w którym objęty jest ubezpieczeniem społecznym, będący jego ośrodkiem interesów życiowych, w którym koncentrują się jego interesy osobiste lub gospodarcze;
- 15) **lokaut** – forma walki pracodawców z pracownikami, której celem jest próba wywarcia presji i zmuszenia pracowników do przyjęcia gorszych warunków pracy lub płacy; stosowana w odpowiedzi na strajk lub w celu jego zapobieżenia w odpowiedzi na zapowiadane nielegalne bądź godzące w interesy przedsiębiorstwa akcje strajkowe; traktowany jako jeden z podstawowych środków stosowanych w sporach zbiorowych;
- 16) **miejsce zamieszkania** – miejsce (miejscowość, ulica), w którym Ubezpieczony przebywa z zamiarem stałego pobytu, wskazane we wniosku o realizację świadczenia ubezpieczeniowego;
- 17) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, albo zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu), przeciążenia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 18) **okres ubezpieczenia** - określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności TUW MEDICUM;
- 19) **placówka medyczna** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym; w rozumieniu niniejszych OWU za placówkę medyczną nie uważa się: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekle chorych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych;
- 20) **podróż** – podróż Ubezpieczonego na/poza terytorium RP poza miejsce zamieszkania w celach turystycznych, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej albo wykonywania obowiązków służbowych;
- 21) **pomoc finansowa** – środki pieniężne przekazane Ubezpieczonemu na wskazany rachunek bankowy w przypadku konieczności opłacenia kosztów leczenia powstałych w wyniku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku podczas podróży;
- 22) **poważne zachorowanie** – choroba lub stan chorobowy zdiagnozowany u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, wskazany w Katalogu Poważnych Zachorowań stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
- 23) **pracownik** – osoba fizyczna;

- a) zatrudniona na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy agencyjnej, umowy o dzieło;
  - b) wykonująca pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą;
  - c) zatrudniona na podstawie kontraktu menedżerskiego, umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego;
  - d) będąca członkiem bądź współnikiem jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej;
  - e) prowadząca działalność gospodarczą, która w ramach swojej działalności współpracuje z Ubezpieczającym na podstawie umowy o świadczenie usług;
- 24) **przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową;
- 25) **rehabilitacja (leczenie usprawniające)** – kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych zaleconych przez lekarza, w celu przywrócenia możliwie najpełniejszej sprawności psychofizycznej układu kostno-mięśniowo-nerwowego oraz wyeliminowanie zaburzeń i reakcji psychicznych;
- 26) **rekreacyjne uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana przez Ubezpieczonego dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych;
- 27) **sporty wysokiego ryzyka** – uprawianie następujących dyscyplin: abseiling, alpinizm, alpinizm podziemny, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, bungee, BASE jumping, downhill MTB, heli-skiing, heli-snowboarding, jazda na rowerze, w tym górskim, po terenie obfitującym w przeszkody (muldy, koleiny skoczne) lub po specjalnie przygotowanych trasach ( z wyjątkiem miejskich i turystycznych dróg rowerowych), kiteboarding, kite-skiing, kite-snowboarding, myślistwo, paralotniarstwo, parkour, rugby, spadochroniarstwo, speleologia, sporty lotnicze, sporty motorowodne w ramach sekcji sportowych, szybownictwo, wspinaczka, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska, wyczynowa jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi albo przyrodniczymi, wyprawy w obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 5500 m n.p.m.;
- 28) **stały uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie narządu, organu lub układu, powodujące trwałe uszkodzenie jego funkcji, określone przez lekarza orzecznika TUV MEDICUM na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych;
- 29) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności TUV MEDICUM;
- 30) **szkoda na osobie** – następstwo zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci;
- 31) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, którą TUV MEDICUM zobowiązane jest wypłacić za szkodę na osobie z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 32) **środki pomocnicze** – środki niezbędne do wspomagania procesu leczenia prowadzonego w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zalecone przez lekarza prowadzącego: gorsety, protezy, ortezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, okulary, aparaty słuchowe;
- 33) **Tabele procentowego uszczerbku na zdrowiu** – wykaz uszkodzeń oraz odpowiadający im procentowy przedział uszczerbku na zdrowiu przysługujący za dany uszczerbek; tabela jest dostępna w jednostce organizacyjnej TUV MEDICUM lub na stronie internetowej: [www.tuvmedicum.pl](http://www.tuvmedicum.pl);
- 34) **terroryzm** - nielegalne działania i akcje, indywidualne lub grupowe, organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, poważne zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy bądź groźby użycia przemocy;
- 35) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z TUV MEDICUM umowę ubezpieczenia na własny rachunek lub na rachunek Ubezpieczonego, zobowiązana do opłacania składek;
- 36) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna imiennie wskazana w dokumencie ubezpieczenia, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia; a w przypadku umowy ubezpieczenia grupowego osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia;
- 37) **Uposażony** – osoba wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego. W przypadku braku wskazania Uposażonego,

świadczenie przysługuje następującym osobom według następującej kolejności, z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia osobom należącym do kategorii wyższej wyklucza wypłatę świadczenia osobom należącym do kategorii niższej (kategorię najwyższą stanowi lit. a):

- a) małżonkowi;
  - b) dzieciom w częściach równych, a w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią Ubezpieczonego, udział jaki przypadałby temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych;
  - c) rodzicom w częściach równych albo jednemu z rodziców w całości, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią Ubezpieczonego;
  - d) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień Kodeksu Cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.
- 38) **uprawniony z umowy ubezpieczenia** – uprawniony do żądania spełnienia świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 39) **utracone dochody** – zmniejszenie miesięcznego wynagrodzenia w wyniku zaistnienia nieszczęśliwego wypadku lub poważnego zachorowania w związku z przebywaniem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 40) **wyczynowe uprawiane sportu** – uprawianie dyscyplin sportu w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych oraz udział w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
- 41) **wynagrodzenie** - świadczenie pieniężne otrzymywane z regularną częstotliwością nie rzadszą niż miesięczną, wynikające z wykonywania zawartej pomiędzy pracownikiem a pracodawcą (przedsiębiorcą) umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, umowy o pracę nakładczą, umowy zlecenia, umowy agencyjnej, umowy o dzieło, kontraktu menedżerskiego, umowy o świadczenie usług, umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego, lub umowy z członkiem bądź współnikiem jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej;
- 42) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności T UW MEDICUM, będące bezpośrednią przyczyną szkody na osobie lub jej finansowych konsekwencji;
- 43) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie urzędowe wystawiane przez lekarza na formularzu ZUS ZLA w celu usprawiedliwienia nieobecności pracownika w pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.

### §3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Ochroną ubezpieczenia jest objęte zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która w dniu zawarcia nie ukończyła 67 roku życia.
3. T UW MEDICUM udziela ochrony ubezpieczeniowej całodobowo, na zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe na terenie całego świata.
4. Grupowa umowa ubezpieczenia zawierana jest przez przedsiębiorcę na rzecz co najmniej 5 osób fizycznych.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest w poszczególnych Klauzulach stanowiących integralną część OWU.
6. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Klauzuli nr 1 lub Klauzuli nr 2 do OWU.
7. Klauzule nr 1 i 2 stanowią podstawę ubezpieczenia, a Klauzule nr 3,4,5 uzupełnienie - dobrowolne rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia obejmującej ochroną ubezpieczeniową Klauzulę nr 5 jest zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Klauzuli nr 1.
8. Na wniosek Ubezpieczającego i za zapłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może zostać rozszerzona o świadczenia ubezpieczeniowe określone w pozostałych Klauzulach.
9. Jeżeli w Klauzulach znajdują się wyłączenia odpowiedzialności T UW MEDICUM, stanowią one uzupełnienie wyłączeń określonych w §4 niniejszych OWU.
10. W zakresie nieuregulowanym w treści Klauzul mają zastosowanie wszelkie ustalenia i postanowienia zawarte w OWU.
11. W przypadku różnic pomiędzy zapisami OWU a zapisami poszczególnych Klauzul, pierwszeństwo mają postanowienia Klauzul.



#### §4 Wspólne wyłączenia odpowiedzialności

1. TUV MEDICUM nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe, które powstały wskutek:
  - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
  - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, przestępstwa, samookaleczenia lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
  - 3) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień do jego prowadzenia lub w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości lub po użyciu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
  - 4) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
  - 5) działania Ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
  - 6) działań wojennych, terroryzmu oraz w wyniku działań zbrojnych na misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
  - 7) udziału w marszach protestacyjnych i wiecach, zamieszkach, bójkach, rozruchach, sabotażach, strajkach lub lokautach;
  - 8) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego bądź napromieniowania.
2. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa:
  - 1) wykonywania procedur medycznych mających wpływ na organizm ludzki, bez względu na to przez kogo były one wykonywane, chyba że ich wykonywanie dotyczyło bezpośrednich następstw zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 2) eksperymentalnego leczenia (zabiegów i porad) oraz leczenia metodami niekonwencjonalnymi;
  - 3) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
  - 4) uszkodzenia ciała lub śmierci Ubezpieczonego spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane;
  - 5) zatrucia substancjami stałymi, gazowymi albo płynami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową albo przez skórę (nie dotyczy zatrucia dwutlenkiem węgla - CO<sub>2</sub>);
  - 6) działań Ubezpieczonego niezgodnych z prawem kraju, w którym przebywa;
  - 7) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów (w rozumieniu definicji zawartej w OWU) lub uprawiania sportów wysokiego ryzyka;
  - 8) rekreacyjnego uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
  - 9) ataków epilepsji lub utraty przytomności spowodowanej chorobą;
  - 10) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych, przewlekłych, a także wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
  - 11) wypadku lotniczego, jeśli Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi nielicencjonowanych linii lotniczych;
  - 12) posługiwania się wszelkiego rodzaju materiałami pirotechnicznymi lub innymi materiałami niebezpiecznymi lub wybuchowymi;
  - 13) posługiwania się wszelkiego rodzaju bronią oraz udziału w polowaniach;
  - 14) zdarzenia ubezpieczeniowego powstałego przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, a zgłoszonego w trakcie jego trwania lub po jego zakończeniu.
3. TUV MEDICUM nie odpowiada za szkody podlegające pokryciu w ramach systemu obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.
4. TUV MEDICUM stosuje wyłączenie albo ograniczenie swojej odpowiedzialności, jeżeli pomiędzy zdarzeniem ubezpieczeniowym lub szkodą a okolicznością wskazaną w postanowieniach dotyczących danego wyłączenia albo ograniczenia odpowiedzialności istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, tj. gdy zdarzenie ubezpieczeniowe lub szkoda są typowym, normalnym następstwem wspomnianej okoliczności.

5. Fakt znajdowania się w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

#### §5 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego. Wniosek stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający powinien dołączyć:
  - 1) deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia;
  - 2) w przypadku umowy grupowej:
    - a) deklaracje przystąpienia poszczególnych osób;
    - b) wykaz imienny osób przystępujących do umowy ubezpieczenia;
  - 3) inne dokumenty wskazane przez T UW MEDICUM, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Przystępujący do ubezpieczenia powinni w deklaracji przystąpienia, o której mowa w ust. 2 pkt. 1 i 2), wskazać Uposażonych.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości T UW MEDICUM wszystkie znane sobie okoliczności, o które T UW MEDICUM zapytuje w formularzu oferty (wniosku) albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 4 Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach T UW MEDICUM niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 4 i 5 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
7. T UW MEDICUM nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4-6 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4-6 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
8. T UW MEDICUM ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub objąć ich ochroną ubezpieczeniową na warunkach odmiennych, informując Ubezpieczającego o tym fakcie na piśmie, uwzględniając prawo Ubezpieczającego wskazane w § 11 ust. 4.
9. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, chyba że umówiono się inaczej.
10. T UW MEDICUM potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
11. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę T UW MEDICUM doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
12. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie umowy ubezpieczenia indywidualnego lub w formie umowy ubezpieczenia grupowego.
13. Umowa ubezpieczenia indywidualnego zawierana jest na rachunek osoby fizycznej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia imiennie jako Ubezpieczony.
14. Umowa ubezpieczenia grupowego jest zawierana na rachunek określonej w umowie ubezpieczenia grupy osób, obejmującej łącznie co najmniej 5 osób, które obejmowane są ochroną ubezpieczeniową na podstawie złożonego przez nie oświadczenia o przystąpieniu do tej umowy ubezpieczenia (zwanej dalej deklaracją przystąpienia).

15. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w formie grupowej dołącza się deklarację przystąpienia oraz imienny wykaz osób przystępujących do umowy ubezpieczenia. Wykaz osób stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
16. Ubezpieczający przekazuje przystępującemu do umowy ubezpieczenia tekst OWU przed przystąpieniem do tej umowy.
17. W przypadku umowy ubezpieczenia grupowego wszystkie osoby wskazane jako Ubezpieczeni muszą być objęte jednakowym zakresem ubezpieczenia, wariantem ubezpieczenia oraz wysokością sumy ubezpieczenia.
18. W trakcie okresu ubezpieczenia umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo zgłoszenia do umowy ubezpieczenia nowych osób. W takim wypadku Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania TUV MEDICUM deklaracji przystąpienia osób przystępujących do umowy ubezpieczenia wraz z uzupełnionym wykazem imiennym.

#### **§6 Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek**

1. Umowa ubezpieczenia zawarta w formie grupowej nie może być wznowiona na kolejny okres w odniesieniu do osób, które najpóźniej w dniu wznowienia umowy ubezpieczenia ukończyły 67 rok życia
2. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od TUV MEDICUM.
3. TUV MEDICUM może podnieść zarzut również przeciwko Ubezpieczonemu, jeżeli zarzut miał wpływ na odpowiedzialność TUV MEDICUM z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
  - 1) postanowienia, o których mowa § 11 ust. 8;
  - 2) obowiązki umowne, o których mowa w § 12 oraz § 13;
  - 3) obowiązki dotyczące okresu po powstaniu szkody, o których mowa w § 11 ust. 3 oraz §14 ust. 1, 2; spoczywają zarówno na Ubezpieczającym jak na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

#### **§7 Okres ochrony ubezpieczeniowej**

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-5 odpowiedzialność TUV MEDICUM rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu pełnej składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty (w pełnej wysokości), chyba że umówiono się inaczej.
2. Jeżeli w dokumencie ubezpieczenia określono dzień, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia przypadający przed dniem, w którym powinna zostać zapłacona składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata, odpowiedzialność TUV MEDICUM rozpoczyna się od dnia oznaczonego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność TUV MEDICUM kończy się z upływem dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako koniec ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 5 oraz w sytuacjach, o których mowa w § 11.
4. Okres ubezpieczenia jest wskazany w umowie ubezpieczenia, przy czym za roczny okres ubezpieczenia rozumie się 365 kolejnych dni, a w roku przestępnym – 366 dni.
5. Na wniosek Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa w stosunku Ubezpieczonego, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia grupowego ulega przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego w terminie wskazanym przez TUV MEDICUM. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego może być przedłużana w tym trybie wielokrotnie.
6. W przypadku umowy grupowej ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu, w którym Ubezpieczający zgłosił Ubezpieczycielowi przystąpienie Ubezpieczonego do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia obowiązywania umowy ubezpieczenia.

#### **§8 Karencja**

1. TUV MEDICUM udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji.
2. Okresy karencji wskazane są w postanowieniach poszczególnych Klauzul.

3. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek Ubezpieczającego, TUV MEDICUM może odstąpić od stosowania karencji. Odstąpienie od stosowania karencji wymaga pisemnej zgody TUV MEDICUM.

#### **§9 Suma ubezpieczenia**

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez Ubezpieczającego z TUV MEDICUM przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia określona jest na jedno i na wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
3. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności TUV MEDICUM na jednego Ubezpieczonego i wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia, chyba że strony ustaliły w umowie inny limit odpowiedzialności.
4. W przypadku ustalenia limitu odpowiedzialności odpowiedzialność TUV MEDICUM z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wysokości limitu odpowiedzialności, określonego w umowie ubezpieczenia.
5. Sumy ubezpieczenia w ramach poszczególnych Klauzul stanowią górną granicę odpowiedzialności TUV MEDICUM w zakresie określonym przez Klauzule, chyba że co innego wynika z postanowień Klauzul.
6. Suma ubezpieczenia oraz ustalone limity odpowiedzialności ulegają zmniejszeniu o wypłaconą kwotę świadczeń, aż do ich wyczerpania (konsumpcja sumy ubezpieczenia lub limitów), chyba że strony ustaliły inaczej.
7. Ubezpieczający, za zgodą TUV MEDICUM i za zapłatą dodatkowej składki, może przywrócić sumę ubezpieczenia do pierwotnej wysokości lub ją podwyższyć. Przywrócona do pierwotnej wysokości lub podwyższona suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności TUV MEDICUM od dnia następnego po zapłaceniu dodatkowej składki.

#### **§10 Składka ubezpieczeniowa**

1. Wysokość składki oblicza się za czas trwania odpowiedzialności TUV MEDICUM na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy, w szczególności od:
  - 1) zakresu ubezpieczenia (Klauzule);
  - 2) sumy ubezpieczenia (limitów ubezpieczenia);
  - 3) okresu odpowiedzialności;
  - 4) wieku Ubezpieczonego;
  - 5) stanu zdrowia;
  - 6) wykonywanego przez Ubezpieczonego zawodu;
  - 7) liczby Ubezpieczonych;
  - 8) zastosowanych zniżek i wyżek taryfy;
  - 9) przebiegu umowy ubezpieczenia w poprzednich okresach ubezpieczenia.
3. TUV MEDICUM może zastosować indywidualną ocenę ryzyka i określić wysokość składki ubezpieczeniowej w inny sposób niż wynikający z obowiązującej taryfy składek, w sytuacjach uzasadnionych zakresem ubezpieczenia, sumą ubezpieczenia, wiekiem, wykonywanym zawodem, przebiegiem ubezpieczenia (liczba zdarzeń ubezpieczeniowych) lub innymi czynnikami mającymi wpływ na ocenę ryzyka.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania dodatkowej oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
5. Składka ubezpieczeniowa może być płatna jednorazowo lub w ratach. Wysokość składki ubezpieczeniowej, częstotliwość jej opłacania oraz terminy zapłaty określone są w dokumencie ubezpieczenia.
6. Wysokość składki ubezpieczeniowej za osoby przystępujące do grupowej umowy ubezpieczenia po dniu jej zawarcia jest obliczana w systemie pro rata, tj. proporcjonalnie do pozostałego okresu ochrony ubezpieczeniowej.
7. Składka lub jej pierwsza rata płatna jest w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej.
8. Wyczerpanie sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania lub świadczenia powoduje, iż z przyznanego odszkodowania lub świadczenia TUV MEDICUM potrąca niezapłacone raty składki, jeżeli Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym lub finansuje koszt składki, w przypadku grupowej umowy ubezpieczenia.

9. W razie zmiany warunków ubezpieczenia w trakcie jej trwania, powodującej konieczność zapłaty składki dodatkowej lub uzupełniającej lub zwrot składki, składkę przelicza się według taryfy składek obowiązującej w dacie zmian umowy ubezpieczenia.
10. W razie przywrócenia do pierwotnej wysokości lub podwyższenia sumy ubezpieczenia w okresie ubezpieczenia, składkę uzupełniającą lub dodatkową oblicza się w systemie pro rata za każdy dzień pozostałego okresu ubezpieczenia. Składka uzupełniająca lub dodatkowa płatna jest jednorazowo.
11. W przypadku, gdy zapłata składki jest dokonywana przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, za datę opłacenia składki uważa się dzień złożenia polecenia zapłaty na rachunek T UW MEDICUM w banku lub urzędzie pocztowym, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowały się wystarczające środki finansowe. W przeciwnym wypadku, za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku T UW MEDICUM pełną kwotą wymaganej składki lub jej raty.
12. W przypadku zawarcia grupowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do poinformowania T UW MEDICUM o fakcie finansowania przez Ubezpieczonych kosztów składki ubezpieczeniowej, o ile taka sytuacja ma miejsce.
13. Jeżeli Ubezpieczeni nie finansują kosztu składki ubezpieczeniowej natomiast Ubezpieczający zamierza dokonać zmiany w tym zakresie, wówczas Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć treść OWU każdemu z Ubezpieczonych przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na podjęcie finansowania kosztu składki ubezpieczeniowej.
14. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

#### **§11 Koniec odpowiedzialności T UW MEDICUM**

1. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
  - 1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia;
  - 2) w momencie wyczerpania sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień OWU i Klauzul;
  - 3) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 3;
  - 4) z dniem doręczenia T UW MEDICUM oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 4;
  - 5) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia T UW MEDICUM o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy T UW MEDICUM ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
  - 6) z upływem 7 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności; z zastrzeżeniem ust. 11;
  - 7) z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia T UW MEDICUM o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, o którym mowa w ust. 6 oraz § 10 ust. 14;
  - 8) z dniem wystąpienia z umowy ubezpieczenia przez osobę, na której rachunek umowa jest zawarta, zgodnie z ust. 6;
  - 9) z dniem określonym w porozumieniu stron, o którym mowa w ust. 2;
  - 10) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, w przypadku gdy umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Jeżeli do chwili zawarcia umowy ubezpieczenia T UW MEDICUM nie poinformowało Ubezpieczającego (będącego konsumentem) o prawie do odstąpienia od

umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający (będący konsumentem) dowiedział się o tym prawie.

5. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas określony może być rozwiązana przez TUV MEDICUM ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach wskazanych w przepisach prawa, a także z ważnych powodów, za które uważa się:
  - 1) zatajenie lub podanie nieprawdziwych okoliczności, o które TUV MEDICUM zapytywało przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a które miały wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego lub wysokość składki ubezpieczeniowej;
  - 2) popełnienie przez Ubezpieczającego przestępstwa pozostającego w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, osoba ta ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie TUV MEDICUM. Wystąpienie ma skutek w dniu następnym po złożeniu oświadczenia, chyba że strony ustaliły inny termin.
7. W przypadku gdy oświadczenie, o którym mowa w ust. 6 zostało złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Ubezpieczający powiadomi TUV MEDICUM o fakcie wystąpienia przez Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia niezwłocznie po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym zakresie.
8. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej określone w ust. 1 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim TUV MEDICUM udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
10. Zapłata składki lub kolejnej raty po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia nie skutkuje wznowieniem rozwiązanej umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie, zgodnie z ust. 1 pkt 6 w odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej dopuszcza się rozwiązanie umowy w odniesieniu do Ubezpieczonych, za których nie zapłacono składki w dodatkowo wyznaczonym terminie. TUV MEDICUM powiadomi o powyższym Ubezpieczającego wskazując imiennie osoby, w stosunku, do których umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu.

#### **§12 Obowiązki Ubezpieczającego/Ubezpieczonego związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia**

1. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Ubezpieczonego o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rzecz. Ponadto Ubezpieczający jest zobowiązany udostępnić Ubezpieczonemu, w sposób przez nich ustalony, informacje o zawartej umowie ubezpieczenia, treści OWU oraz trybie postępowania w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Ponadto na Ubezpieczającym spoczywają również poniższe obowiązki:
  - 1) w przypadku umów ubezpieczenia grupowego - zbieranie i przesyłanie do TUV MEDICUM deklaracji przystąpienia Ubezpieczonych wraz z imiennym wykazem;
  - 2) zbieranie i przesyłanie do TUV MEDICUM oświadczeń woli Ubezpieczonych, formularzy medycznych lub innych dokumentów, jeśli TUV MEDICUM wskazał taką konieczność podyktowaną oceną ryzyka;
  - 3) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od TUV MEDICUM; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
  - 4) przekazywanie TUV MEDICUM korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do TUV MEDICUM; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela;
3. Jeżeli określone powyższych ustępach obowiązki dotyczą także Ubezpieczonego to jest on zobowiązany do ich stosowania, jeżeli Ubezpieczony wie o zawarciu umowy na jego rachunek. Dotyczy to jedynie przepływu informacji pomiędzy Ubezpieczającym, będącym przedsiębiorcą, a TUV MEDICUM.

#### **§13 Obowiązki TUV MEDICUM związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia**

1. Poza innymi obowiązkami wynikającymi z umowy ubezpieczenia, niniejszych OWU oraz powszechnie obowiązujących przepisów TUV MEDICUM jest zobowiązany do:

- 1) przyjmowania oświadczeń kierowanych ze strony Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i innych osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia;
  - 2) udzielania Ubezpieczonemu na każde żądanie pisemnej informacji o postanowieniach zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia, które dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego;
  - 3) przekazywania Ubezpieczającemu pisemnie wszelkich informacji związanych ze zmianą treści warunków ubezpieczenia związanych ze zmianą przepisów prawnych;
  - 4) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności TUV MEDICUM lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez TUV MEDICUM udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez TUV MEDICUM;
  - 5) udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
  - 6) na żądanie Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TUV MEDICUM oraz ustalenia okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, jak również wysokości świadczenia;
  - 7) na żądanie Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.
2. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia dostarczone przez TUV MEDICUM informacje, które postanowienia OWU określają przesłanki wypłaty odszkodowania, a także ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności TUV MEDICUM uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub odszkodowania lub ich obniżenia, tj. informacje o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Powyższe informacje będą przekazane przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, na piśmie albo jeżeli osoba zainteresowana wyrazi zgodę, na innym trwałym nośniku.

#### **§14 Postępowanie w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego**

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony jest obowiązany:
  - 1) starać się o złagodzenie skutków zdarzenia ubezpieczeniowego przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
  - 2) zawiadomić TUV MEDICUM o zajściu zdarzenia nie później niż w ciągu 30 dni od daty tego zdarzenia chyba że wskutek zdarzenia nie mógł tego uczynić – w takiej sytuacji powinien to uczynić w terminie 14 dni od ustąpienia przyczyny niezawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz dostarczyć:
    - a) opis przyczyn i przebiegu zdarzenia ubezpieczeniowego,
    - b) dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez Ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia lub dokumentację medyczną potwierdzającą fakt wystąpienia zdarzenia w okresie ubezpieczenia,
    - c) dokumentację medyczną stwierdzającą rozpoznanie - diagnozę lekarską oraz uzasadniającą konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia, jak również dokumentację z przeprowadzonego leczenia;
    - d) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia;
    - e) potwierdzenie zakończenia leczenia (w tym leczenia usprawniającego) wystawione przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem §6 ust. 9 Klauzuli nr 1 do OWU;
    - f) rachunki i dowody zapłaty kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;
    - g) dokument uprawniający do kierowania pojazdem, jeżeli Ubezpieczony kierował pojazdem podczas zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - h) wypełniony formularz zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) zabezpieczyć dowody związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym w celu wykazania roszczenia o wypłatę świadczenia;

- 4) umożliwić TUV MEDICUM zasięgnięcie informacji o okolicznościach, o których mowa w dokumentach określonych w pkt 2 powyżej, w szczególności zwolnić lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę medyczną nad Ubezpieczonym zarówno przed jak i po zdarzeniu ubezpieczeniowym z zachowania tajemnicy lekarskiej – w zakresie niezbędnym do uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o stanie zdrowia, w tym dla stwierdzenia czy dane leczenie było związane ze zdarzeniem objętym ochroną, poprzez własnoręczne podpisanie stosowanego oświadczenia (np. przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, przy przystąpieniu do umowy ubezpieczenia albo przy zgłaszaniu roszczenia);
  - 5) poddać się, na zlecenie oraz koszt TUV MEDICUM dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez TUV MEDICUM lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości zgłoszonych roszczeń.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uprawniony albo osoba występująca o wypłatę świadczenia, jest zobowiązany przedłożyć:
- a) odpis aktu zgonu albo jego kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem;
  - b) kopię karty zgonu lub innego dokumentu zawierające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub inny uprawniony podmiot;
  - c) kopie dokumentu potwierdzającego związek rodzinny z Ubezpieczonym (np. postanowienie o nabyciu spadku).

#### **§15 Skutki naruszenia obowiązków przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego**

W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia TUV MEDICUM o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie, o którym mowa w §14 ust. 1 pkt 2, TUV MEDICUM może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło TUV MEDICUM ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia TUV MEDICUM o zdarzeniu ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli TUV MEDICUM w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

#### **§16 Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego**

1. TUV MEDICUM wypłaca świadczenie/odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, TUV MEDICUM informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności TUV MEDICUM lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
4. TUV MEDICUM obowiązany jest spełnić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności TUV MEDICUM albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia TUV MEDICUM wypłaca w terminie wskazanym w ust. 4.
6. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub przepisach obowiązującego prawa TUV MEDICUM nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.



7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, T UW MEDICUM informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego w przypadku gdy umowa jest zawarta na cudzy rachunek, a Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.
8. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego, w formie przelewu na podany w formularzu zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z T UW MEDICUM.
9. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego przedłożone przez Uprawnionego podlegają weryfikacji przez T UW MEDICUM.
10. T UW MEDICUM zastrzega sobie prawo zasięgnięcia opinii specjalistów.

#### **§17 Rozpatrywanie reklamacji, skarg i zażaleń oraz właściwość sądowa**

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. zgłoszenia zastrzeżenia dotyczącego usług świadczonych przez T UW MEDICUM, zwanej dalej Reklamacją.
2. Reklamacja może być złożona w szczególności:
  - a) w formie pisemnej - osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe lub za pośrednictwem posłańca lub kuriera - pisemnie na adres ul. Staniewicka 14A, 03-310 Warszawa lub adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy Reklamacja;
  - b) w formie pisemnej – za pośrednictwem agenta T UW MEDICUM legitymującego się stosownym pełnomocnictwem;
  - c) ustnie - telefonicznie, dzwoniąc na numer telefonu (22) 231 85 86 lub ustnie do protokołu w siedzibie T UW MEDICUM;
  - d) w formie elektronicznej pod adresem e-mail [biuro@tuwmedicum.pl](mailto:biuro@tuwmedicum.pl).
3. T UW MEDICUM rozpatruje Reklamację i udziela na nią odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust.4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni T UW MEDICUM w informacji przekazywanej wnoszącemu Reklamację wyjaśnia przyczyny opóźnienia, wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednakże nie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek osoby składającej Reklamację odpowiedź, o której mowa w zdaniu poprzedzającym może być dostarczona za pośrednictwem poczty elektronicznej.
6. Klientowi, o którym mowa w ust. 1, przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
  - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania Reklamacji;
  - 2) niewykonania czynności wynikających z Reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na Reklamację.
7. Skargę lub zażalenie, niebędące Reklamacją, składa się w sposób określony w ust. 2. Odpowiedź na skargę lub zażalenie jest udzielana na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu Konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
9. T UW MEDICUM jako instytucja finansowa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Powództwo o roszczenie wynikające 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.

11. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

#### **§18 Wejście w życie**

1. Niniejsze OWU (wraz z Klauzulami) zostały zatwierdzone przez Zarząd TUW MEDICUM Uchwałą Nr 2 z dnia 7 listopada 2018 roku.
2. Niniejsze OWU (wraz z klauzulami) wchodzi w życie z dniem 7 listopada 2018 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 7 listopada 2018 roku.

## **Klauzula nr 1**

do OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA ustalonych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych MEDICUM nr 2 z dnia 7 listopada 2018 r.

## **Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków**

### **§ 1 Postanowienia ogólne**

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (zwanym dalej OWU), na podstawie niniejszej Klauzuli ochroną ubezpieczeniową objęte zostają następstwa nieszczęśliwych wypadków.

### **§ 2 Zakres ubezpieczenia i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego**

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
  - 2) świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
  - 3) jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w przypadku, gdy nie spowodował on stałego uszczerbku na zdrowiu;
  - 4) zwrot udokumentowanych kosztów leczenia związanych z nieszczęśliwym wypadkiem.
2. W ramach zawartej umowy ubezpieczenia TUV MEDICUM wypłaca świadczenia z tytułu:
  - 1) stałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku wypłacane na podstawie „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu”, powstałego nie później niż 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w wysokości 1% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków za każdy procent stałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia;
  - 2) śmierci Ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, powstałego nie później niż 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w wysokości 100% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków;
  - 3) jednorazowego świadczenia z tytułu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w przypadku, gdy nie spowodował on stałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 200 zł;
  - 4) zwrotu udokumentowanych kosztów leczenia związanych z nieszczęśliwym wypadkiem niezbędnych z medycznego punktu widzenia, powstałych nie później niż 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. dla kosztów:
    - b) wizyt i badań lekarskich do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 4 000 zł;
    - c) nabycia niezbędnych leków i środków opatrunkowych (w tym gipsu lekkiego) przepisanych przez lekarzy prowadzących leczenie Ubezpieczonego do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 4 000 zł;
    - d) wypożyczenia, naprawy lub zakupu środków pomocniczych do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 4 000 zł;
    - e) transportu z miejsca nieszczęśliwego wypadku do miejsca hospitalizacji oraz z miejsca hospitalizacji do miejsca zamieszkania do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 2 000 zł;
    - f) poszukiwania i ratownictwa do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej niż 2 000 zł.
3. W przypadku, gdy suma ubezpieczenia określona dla ryzyka nieszczęśliwych wypadków jest niższa od wysokości limitów określonych w ust. 2 pkt. 4) to górna granica odpowiedzialności TUV MEDICUM dla ryzyka nieszczęśliwych wypadków określonych w ust. 2 pkt. 4) jest suma ubezpieczenia, określona w dokumencie ubezpieczenia.

### **§ 3 Dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności**

TUV MEDICUM nie odpowiada za szkody, za które odpowiedzialność jest wyłączona w ramach wspólnych wyłączeń odpowiedzialności, określonych w §4 OWU, oraz za:

- 1) następstw wszelkich chorób lub stanów chorobowych, nawet tych, które wystąpiły nagle;
- 2) leczenie niezwiązane z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 3) koszty leczenia rehabilitacyjnego (usprawniającego);
- 4) niestosowanie się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie, w tym leczenie rehabilitacyjne;

- 5) koszt zakupu środków antykoncepcyjnych;
- 6) następstwa oraz kosztów zabiegów lub prowadzonego leczenia nie uznanego naukowo lub medycznie;
- 7) kosztów leczenia eksperymentalnego,
- 8) koszty, które zostały pokryte z umowy obowiązkowego ubezpieczenia lub w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 9) koszty wykonania szczepień.

#### **§ 4 Suma ubezpieczenia**

1. W przypadku ustalenia łącznej wysokości poszczególnych świadczeń, określonych w §2 ust. 2 niniejszej Klauzuli, łączna wysokość wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie ubezpieczenia dla niniejszej Klauzuli.
2. W przypadku gdy wysokość świadczeń, określonych w § 2 przekracza łącznie sumę ubezpieczenia ustaloną w dokumencie ubezpieczenia, w pierwszej kolejności wypłacane jest świadczenie określone w § 2 ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) – wg wyboru Ubezpieczonego.

#### **§ 5 Sposób ustalenia świadczenia**

1. Świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku ustalane jest po określeniu przez lekarza orzecznika powołanego przez TUW MEDICUM stopnia procentowego stałego uszczerbku na zdrowiu.
2. TUW MEDICUM może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody.
3. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa TUW MEDICUM.
4. TUW MEDICUM może również powołać lekarza orzecznika, który dokona oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej bez konieczności wzywania Ubezpieczonego na badanie.
5. Stały uszczerbek na zdrowiu ustala się na podstawie dokumentacji medycznej, w tym z dokumentacji z prowadzonego leczenia rehabilitacyjnego oraz „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu” obowiązującej w TUW MEDICUM w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych procent stałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu” przyjmując dla uszkodzeń prawej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla lewej ręki, a dla uszkodzeń lewej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla prawej ręki.
7. Rodzaj i wysokość świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a stałym uszczerbkiem na zdrowiu.
8. Ustalenie związku przyczynowo – skutkowego określonego w ust. 7 następuje na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej, wyników badań oraz innych dokumentów, o których mowa w ust. 5.
9. Ustalenie stopnia stałego uszczerbku na zdrowiu powinno nastąpić po zakończeniu leczenia oraz ewentualnego zakończenia leczenia rehabilitacyjnego. Zakończenie leczenia oraz zakończenie leczenia rehabilitacyjnego stwierdza lekarz prowadzący proces leczenia Ubezpieczonego. W przypadku dłuższego leczenia uszczerbek na zdrowiu powinien ustalony najpóźniej w 12 miesiącu od dnia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Przy ustaleniu stałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Przy ustalaniu stopnia stałego uszczerbku na zdrowiu uwzględnia się wcześniejszą utratę lub uszkodzenie organu, narządu lub układu w taki sposób, że stopień stałego uszczerbku określa się w wysokości różnicy między stopniem właściwym dla danego organu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem uszczerbku istniejącym przed nieszczęśliwym wypadkiem.
12. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, a następnie zmarł przed ustaleniem stałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem nieszczęśliwego wypadku, świadczenie ustala się według przypuszczalnego, określonego procentowo przez lekarza orzecznika wskazanego przez TUW MEDICUM, stopnia uszczerbku na zdrowiu.
13. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, a następnie zmarł po ustaleniu stałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem nieszczęśliwego wypadku, niewypłacone świadczenie wypłaca osobom określonym w ust. 14.
14. W przypadku, określonym w ust. 12 i 13, świadczenie przysługuje spadkobiercy na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

15. W przypadku gdy Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się wówczas, jeżeli jest ono wyższe od świadczenia z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu, uwzględniając uprzednio wypłaconą kwotę.
16. W przypadku poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów leczenia na terenie RP, TUW MEDICUM zobowiązane jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów leczenia w kwocie nie wyższej niż wskazany w umowie ubezpieczenia limit na to ryzyko.
17. Poniesione koszty powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku podlegają zwrotowi na podstawie dokumentów wykazujących koszty poniesione przez Ubezpieczonego.

## Klauzula nr 2

do OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA ustalonych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych MEDICUM nr 2 z dnia 7 listopada 2018 r.

## Ubezpieczenie poważnego zachorowania

### § 1 Postanowienia ogólne

1. Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (zwanych dalej OWU) oraz za zapłatą składki na podstawie niniejszej Klauzuli ochroną ubezpieczeniową objęte zostają poważne zachorowania.
2. TUW MEDICUM ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej poważnego zachorowania.
3. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w Katalogu Poważnych Zachorowań stanowiącym Załącznik nr 1 do OWU.

### § 2 Zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w jednym z dwóch poniższych wariantów:
  - 1) standardowym;
  - 2) rozszerzonym
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje w wariantach:
  - 1) **standardowym** poniższe poważne zachorowania wymienione oraz opisane w Załączniku nr 1 do OWU:
    - a) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
    - b) nowotwór;
    - c) przeszczep dużych narządów;
    - d) przewlekła niewydolność nerek;
    - e) udar mózgu;
    - f) zawał serca;
  - 2) **rozszerzonym** poniższe poważne zachorowania wymienione oraz opisane w Załączniku nr 1 do OWU:
    - a) anemia aplastyczna;
    - b) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
    - c) choroba Alzheimera;
    - d) choroba Creutzfelda Jakoba;
    - e) choroba Parkinsona;
    - f) ciężkie oparzenie;
    - g) leczenie chorób naczyń wieńcowych;
    - h) łagodny guz mózgu;
    - i) nowotwór;
    - j) oponiak;
    - k) paraliż;
    - l) piorunujące zapalenie wątroby;
    - m) przeszczep dużych narządów;
    - n) przewlekła niewydolność nerek;
    - o) przewlekłe zapalenie wątroby typ C;
    - p) pulmonektomia;
    - q) stwardnienie rozsiane;
    - r) śpiączka;
    - s) udar mózgu;
    - t) utrata kończyn;
    - u) utrata mowy;

- v) utrata wzroku;
  - w) wstrząs septyczny;
  - x) zapalenie wątroby typu B;
  - y) zawał serca.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty umową ubezpieczenia zgodnie z § 2 ust. 1 i 2 niniejszej Klauzuli.

### **§ 3 Dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności**

1. TUV MEDICUM nie odpowiada za szkody, za które odpowiedzialność jest wyłączona w ramach wspólnych wyłączeń odpowiedzialności, określonych w §4 OWU, oraz za:
  - 1) szkody w związku z ciążą, usuwaniem ciąży, porodem i połogiem;
  - 2) szkody w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
  - 3) powtórne wystąpienie poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie za wystąpienie, którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe;
  - 4) poważne zachorowanie, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe;
  - 5) powtórne wystąpienie poważnego zachorowania zdefiniowanego w §2 ust. 2 w zależności od ubezpieczonego wariantu, jeśli poważne zachorowanie wystąpiło i zostało zdiagnozowane w ciągu 3 lat przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
  - 6) następstw wszelkich chorób przewlekłych, chorób psychicznych oraz chorób tropikalnych, które wystąpiły nagle;
  - 7) poważne zachorowania nie wymienione w wariantcie zawartym przez Ubezpieczonego;
  - 8) zatrucia pokarmowe, epidemie, skutki ukąszenia przez owady, oraz wykonania szczepień;
  - 9) poważne zachorowanie zaistniałe przed upływem karencji określonej §4.
2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
  - 1) w wariantcie standardowym:
    - przeszczep dużych narządów, tj. serca, płuca, wątroby, trzustki;
    - przewlekła niewydolność nerek;
  - 2) w wariantcie rozszerzonym:
    - przeszczep dużych narządów, tj. serca, płuca, wątroby, trzustki;
    - przewlekła niewydolność nerek;
    - utrata kończyn;
    - ciężkie oparzenie;
    - śpiączka;
    - choroba Creutzfelda Jakoba;
    - choroba Parkinsona;
    - choroba Alzheimera.

### **§4 Karencja**

1. TUV MEDICUM stosuje 90 dniową karencję w niniejszej Klauzuli, licząc od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
2. TUV MEDICUM stosuje karencję, określoną w ust. 1 w stosunku do Ubezpieczonego:
  - 1) zawierającego umowę w formie indywidualnej;
  - 2) który w ramach ubezpieczenia grupowego przystępuje do umowy po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia;
  - 3) który jest nowym pracownikiem i przystępuje do umowy grupowego ubezpieczenia – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia.

#### **§ 5 Suma ubezpieczenia**

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczeniowej dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

#### **§ 6 Sposób ustalenia świadczenia**

Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również dokumentacji medycznej, sporządzonej przez lekarza, który zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ma prawo do wykonywania zawodu, potwierdzającej rozpoznanie poważnego zachorowania.



### **Klauzula nr 3**

do OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA ustalonych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych MEDICUM nr 2 z dnia 7 listopada 2018 r.

### **Ubezpieczenie dziennego świadczenia szpitalnego**

#### **§ 1 Postanowienia ogólne**

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (zwanym dalej OWU) oraz za zapłatą składki na podstawie niniejszej Klauzuli ochroną ubezpieczeniową objęty zostaje pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej w wyniku wystąpienia następstw nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania poważnego zachorowania.

#### **§ 2 Przedmiot ubezpieczenia**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest udokumentowane dzienne świadczenie szpitalne w przypadku wystąpienia:
  - 1) następstw nieszczęśliwych wypadków;
  - 2) zdiagnozowania poważnego zachorowania.
2. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje w odniesieniu do:
  - 1) następstw nieszczęśliwych wypadków pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z Klauzulą 1 „Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków”;
  - 2) poważnego zachorowania pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z Klauzulą 2 „Ubezpieczenie poważnego zachorowania” w zakresie poważnych zachorowań objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z ubezpieczonym wariantem, określonym w Klauzuli 2.
3. W odniesieniu świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego w następstwie poważnego zachorowania umowa ubezpieczenia może być zawarta w analogicznym wariantcie, w jakim zawarto umowę ubezpieczenia w zakresie poważnych zachorowań objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Klauzulą 2.
4. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego w następstwie poważnego zachorowania, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia.

#### **§ 3 Zakres ochrony ubezpieczeniowej**

1. TUV MEDICUM ponosi odpowiedzialność w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego w placówce medycznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub następstwie
2. poważnego zachorowania.
3. W przypadku hospitalizacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku TUV MEDICUM ponosi odpowiedzialność jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni.
4. Za pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub poważnym zachorowaniem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był nieszczęśliwy wypadek lub poważne zachorowanie.

#### **§ 4 Dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności**

TUV MEDICUM nie odpowiada za szkody, za które odpowiedzialność jest wyłączona w ramach wspólnych wyłączeń odpowiedzialności, określonych w §4 OWU, § 3 Klauzuli 1 i §3 Klauzuli 2, oraz:

- 1) za hospitalizację, która nastąpiła w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich;
- 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznej lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 3) w związku z leczeniem stomatologicznym, chyba że związane ono było z następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków).

### **§ 5 Karencja**

1. TUV MEDICUM stosuje 90 dniową karencję w niniejszej Klauzuli, licząc od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania.
2. TUV MEDICUM stosuje karencję, określoną w ust. 1 w stosunku do Ubezpieczonego:
  - 1) zawierającego umowę w formie indywidualnej;
  - 2) który w ramach ubezpieczenia grupowego przystępuje do umowy po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia;
  - 3) który jest nowym pracownikiem i przystępuje do umowy grupowego ubezpieczenia – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia.

### **§ 6 Suma ubezpieczenia**

Suma ubezpieczenia wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności TUV MEDICUM i określona jest na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia.

### **§ 7 Sposób ustalenia świadczenia**

1. Podstawą do wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu:
  - 1) następstw nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
  - 2) poważnego zachorowania jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia również dokumentacji medycznej, potwierdzającej rozpoznanie poważnego zachorowania.
2. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje za okres nieprzerwanej hospitalizacji nie dłuższy niż 90 dni.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi odpowiednio za każdy dzień hospitalizacji Ubezpieczonego w placówce medycznej od:
  - 1) 1 do 7 dnia pobytu włącznie - 1% sumy ubezpieczenia ustalonej w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia;
  - 2) 8 do 30 dnia pobytu włącznie – 0,7% sumy ubezpieczenia ustalonej w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia;
  - 3) 31 do 50 dnia pobytu włącznie – 0,5% sumy ubezpieczenia ustalonej w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia;
  - 4) 51 do 70 dnia pobytu włącznie – 0,3% sumy ubezpieczenia ustalonej w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia;
  - 5) 71 do 90 dnia pobytu włącznie – 0,1% sumy ubezpieczenia ustalonej w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia.

### **§9 Wypłata świadczenia**

1. Roszczenie o wypłatę świadczenia winno być zgłoszone w terminie 30 dni od zakończenia okresu hospitalizacji.
2. Świadczenie będzie wypłacane zbiorczo, za cały okres pobytu w placówce medycznej w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia.

## **Klauzula nr 4**

do OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA ustalonych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych MEDICUM nr 2 z dnia 7 listopada 2018 r.

## **Ubezpieczenie utraconego dochodu**

### **§ 1 Postanowienia ogólne**

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (zwanym dalej OWU) oraz za zapłatą składki na podstawie niniejszej Klauzuli ochroną ubezpieczeniową objęte zostają utracone dochody Ubezpieczonego w wyniku wystąpienia następstw nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania poważnego zachorowania.

### **§ 2 Przedmiot ubezpieczenia**

1. Przedmiotem ubezpieczenia są udokumentowane utracone dochody w przypadku wystąpienia:
  - 1) następstw nieszczęśliwych wypadków;
  - 2) zdiagnozowania poważnego zachorowania.
2. Refundacja utraconych dochodów przysługuje w odniesieniu do:
  - 1) następstw nieszczęśliwych wypadków pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z Klauzulą 1 „Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków”;
  - 2) poważnego zachorowania pod warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z Klauzulą 2 „Ubezpieczenie poważnego zachorowania” w zakresie poważnych zachorowań objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z ubezpieczonym wariantem, określonym w Klauzuli 2.
3. W odniesieniu utraty dochodu w następstwie poważnego zachorowania umowa ubezpieczenia może być zawarta w analogicznym wariantcie w jakim zawarto umowę ubezpieczenia w zakresie poważnych zachorowań objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Klauzulą 2.
4. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka utraconego dochodu w następstwie poważnego zachorowania, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia.

### **§ 3 Zakres ochrony ubezpieczeniowej**

1. TUV MEDICUM ponosi odpowiedzialność w przypadku utraty dochodu przez Ubezpieczonego w związku z przebywaniem Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub następstwie poważnego zachorowania.
2. TUV MEDICUM ponosi odpowiedzialność jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku a początkiem zwolnienia lekarskiego Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni.
3. TUV MEDICUM ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku utraty dochodu przez Ubezpieczonego związanej z pozostawaniem przez niego na zwolnieniu lekarskim, które trwało nieprzerwanie przynajmniej 30 dni.
4. Za pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub poważnym zachorowaniem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był nieszczęśliwy wypadek lub poważne zachorowanie.

### **§ 4 Dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności**

TUV MEDICUM nie odpowiada za szkody, za które odpowiedzialność jest wyłączona w ramach wspólnych wyłączeń odpowiedzialności, określonych w §4 OWU, § 3 Klauzuli 1 i §3 Klauzuli 2, oraz:

- 1) gdy nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy lub zrównany z wypadkiem przy pracy zgodnie z Ustawą z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych – w związku z czym Ubezpieczony uzyskuje prawo do świadczenia chorobowego w wysokości 100% wynagrodzenia;
- 2) gdy poważne zachorowanie Ubezpieczonego zostało zakwalifikowane jako choroba zawodowa zgodnie z Ustawą z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób

zawodowych – w związku z czym Ubezpieczony uzyskuje prawo do świadczenia chorobowego w wysokości 100% wynagrodzenia;

- 3) w czasie gdy Ubezpieczony przebywając na zwolnieniu lekarskim na podstawie odrębnych przepisów lub umowy z Ubezpieczającym zachowuje prawo do wynagrodzenia lub innego świadczenia w wysokości 100% wynagrodzenia.

#### **§ 5 Karencja**

1. TUW MEDICUM stosuje 90 dniową karencję w niniejszej Klauzuli, licząc od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
2. TUW MEDICUM stosuje karencję, określoną w ust. 1 w stosunku do Ubezpieczonego:
  - 1) zawierającego umowę w formie indywidualnej;
  - 2) który w ramach ubezpieczenia grupowego przystępuje do umowy po 3 miesiącach od dnia zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia;
  - 3) który jest nowym pracownikiem i przystępuje do umowy grupowego ubezpieczenia – po 3 miesiącach od dnia zatrudnienia.

#### **§ 6 Suma ubezpieczenia**

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w §2 ust. 1 TUW MEDICUM zobowiązane jest do wypłacania świadczenia ubezpieczeniowego w zryczałtowanej wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia lub w umowie ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności TUW MEDICUM i określona jest na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia określona jest kwotowo, za każdy pełny miesiąc kalendarzowy ciągłego, udokumentowanego przebywania Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego.

#### **§ 7 Sposób ustalenia świadczenia**

1. Podstawą do rozpoczęcia wypłacania przez TUW MEDICUM świadczeń z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą klauzulą jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz:
  - 1) dokumentów wykazujących pozostawanie przez Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni, np. kopii zwolnienia lekarskiego/zwolnień lekarskich za okres trwający nieprzerwanie przynajmniej 30 dni, potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczonego;
  - 2) dokumentu zaświadczającego, że pracownikowi wypłacane jest zmniejszone wynagrodzenie lub zaprzestano wypłacania pracownikowi wynagrodzenia w związku z jego przebywaniem na zwolnieniu lekarskim w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, ze wskazaniem wysokości różnicy procentowej utraconego wynagrodzenia oraz daty zmniejszenia/zaprzestania wypłacania wynagrodzenia.
2. Świadczenie z tytułu utraconych dochodów w wyniku przebywania na zwolnieniu lekarskim w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wypłacane jest za okres nieprzerwanego zwolnienia lekarskiego nie dłuższy niż 90 dni.
3. Wysokość świadczenia za okres krótszy niż pełny miesiąc zostanie obliczona proporcjonalnie do świadczenia miesięcznego określonego w dokumencie ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia według stawki dziennej w wysokości 1/30 świadczenia miesięcznego.
4. TUW MEDICUM zastrzega sobie prawo wystąpienia do przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego jako pracownika o informacje, określone w ust. 1.

## Klauzula nr 5

do OWU następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA ustalonych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych MEDICUM nr 2 z dnia 7 listopada 2018 r.

## Ubezpieczenie pomocy finansowej

### § 1 Postanowienia ogólne

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą Klauzulą postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań OCHRONA ZDROWIA (zwanym dalej OWU) oraz za zapłatą składki TUV MEDICUM udziela pomocy finansowej Ubezpieczonemu w wyniku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku podczas podróży.

### § 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest pomoc finansowa dla Ubezpieczonego.
2. TUV MEDICUM potrąca wypłaconą pomoc finansową odpowiednio ze:
  - 1) świadczenia z tytułu kosztów leczenia, określonego w Klauzuli nr 1 do OWU;
  - 2) świadczenia z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w Klauzuli nr 1 do OWU, pod warunkiem odpowiedzialności TUV MEDICUM z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku, gdy TUV MEDICUM nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe pomoc finansowa podlega zwrotowi.
4. Ponadto pomoc finansowa podlega zwrotowi w przypadku, gdy w terminie 90 dni od daty jej wypłacenia Ubezpieczony nie złoży zawiadomienia o powstaniu szkody z Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym w Klauzuli nr 1.
5. Ubezpieczony dokonuje zwrotu wypłaconej pomocy finansowej, w terminie do 7 dni od otrzymania pisemnego wezwania od TUV MEDICUM na wskazany rachunek bankowy w wysokości, w jakiej została udzielona.

### §3 Dodatkowe ograniczenia odpowiedzialności

TUV MEDICUM nie odpowiada za szkody, za które odpowiedzialność jest wyłączona w ramach wspólnych wyłączeń odpowiedzialności, określonych w §4 OWU i § 3 Klauzuli 1 oraz:

- 1) w przypadku istnienia przeciwwskazań lekarskich co do odbycia podróży;
- 2) w przypadku, gdy podróż wiąże się z pobytem w placówce medycznej.

### § 4 Suma ubezpieczenia

1. Pomoc finansowa wypłacana jest na wniosek Ubezpieczonego, w kwocie nie wyższej niż 1 000 zł (jeden tysiąc złotych).
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności TUV MEDICUM i określona jest na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia.

### § 5 Sposób ustalenia świadczenia

1. Podstawą do wypłacania przez TUV MEDICUM pomocy finansowej z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego niniejszą Klauzulą jest telefoniczne zawiadomienie TUV MEDICUM przez Ubezpieczonego o konieczności dokonania wypłaty.
2. Ubezpieczony zgłasza wniosek o wypłatę pomocy finansowej:
  - a. w formie pisemnej osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe lub za pośrednictwem posłańca lub kuriera - pisemnie na adres ul. Staniewicka 14A, 03-310 Warszawa lub adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy Reklamacja;
  - b. w formie pisemnej za pośrednictwem agenta TUV MEDICUM legitymującego się stosownym pełnomocnictwem;
  - c. ustnie - telefonicznie, na przykład dzwoniąc na numer telefonu (22) 231 85 86 lub ustnie do protokołu w siedzibie TUV MEDICUM;

- d. w formie elektronicznej pod adresem e-mail [biuro@tuwmedicum.pl](mailto:biuro@tuwmedicum.pl).
- 3. Zgłaszając wniosek o wypłatę pomocy finansowej Ubezpieczony, jest obowiązany podać:
  - a) imię i nazwisko a także inne dane indywidualizujące, o których podanie zostanie poproszony;
  - b) Wnioskowaną kwotę pomocy finansowej nie wyższej jednak niż 1 000 zł (jeden tysiąc złotych).

#### **§ 6 Sposób wypłaty świadczenia**

1. Pomoc finansowa może zostać przekazana Ubezpieczonemu:
  - 1) przelewem bankowym na wskazany przez niego numer rachunku bankowego;
  - 2) przekazem pocztowym na wskazany adres.
2. W przypadku wniosku składanego do godziny 13.<sup>00</sup>, polecenie przekazania pomocy finansowej Ubezpieczonemu, zostanie wydane w tym samym dniu roboczym. Dla wniosków zgłaszanych po godzinie 13.<sup>00</sup> polecenie przekazania pomocy finansowej zostanie wydane w następnym dniu roboczym.

Załącznik nr 1  
do  
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz poważnych zachorowań  
OCHRONA ZDROWIA  
KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

**I. WARIANT STANDARDOWY**

- 1) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 2) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 3) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 4) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 5) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 6) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego.

**II. WARIANT ROZSZERZONY**

- 1) **anemia aplastyczna** – pierwsze wystąpienie przewlekłej, nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie niedokrwistości, trombocytopenii oraz granulocytopenii, wymagającej regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów: a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopodobnych, b) leczenie lekami immunosupresyjnymi, c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik, d) przeszczep szpiku kostnego; Rozpoznanie anemii aplastycznej winno być potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- 2) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu; Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W

tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;

- 3) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i socjalnego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, otępienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencje i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
- 4) **choroba Creutzfelda Jakoba** – klinicznie rozpoznana przez specjalistę neurologa choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech ze wskazanych niżej czynności: a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej, b) samodzielnego ubierania się i rozbierania się, (konieczna jest pomoc osób trzecich), c) samodzielnego mycia się i toalety, (konieczna jest pomoc osób trzecich), d) samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, (konieczna jest pomoc osób trzecich), e) samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
- 5) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi objawiać co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmożenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopy. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
- 6) **ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewiątek” lub tabeli Lunda i Browdera;
- 7) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 8) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie i/lub wzrost ciasnoty wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwałe i postępujący ubytek neurologiczny
- 9) **nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających; za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 10) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu, pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbieli, malformacji naczyniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;
- 11) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu wypadku lub choroby. Wyklucza się niedowład. O trwałości porażenia można orzekać po upływie 180 dni od dnia zajścia zdarzenia;



- 12) **piorunujące zapalenie wątroby** (hepatitis fulminans) – niewydolność wątroby spowodowana piorunującym zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową. Konieczne jest stwierdzenie wystąpienia następujących objawów: gwałtowne pogorszenie parametrów czynności wątroby wskazujące na masywne uszkodzenie mięszu wątroby, gwałtowne zmniejszenie się masy wątroby, obiektywne objawy encefalopatii wątrobowej, martwica wątroby obejmująca całe zraziki z pozostawieniem siateczki zapadniętych naczyń. Ubezpieczyciel wyklucza i nie ponosi odpowiedzialności jeśli piorunujące zapalenie wątroby powstałe wskutek próby samobójczej, samozatrucia, przedawkowania leków i/lub nadużycia alkoholu;
- 13) **przeszczep dużych narządów** – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 14) **przewlekła niewydolność nerek** – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 15) **przewlekłe zapalenie wątroby typ C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją;
- 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
- 17) **stwardnienie rozsiane** – zespół wieloogniskowych ubytków neurologicznych spowodowanych uszkodzeniem włókien ośrodkowego układu nerwowego przez procesy demielinizacji, utrzymujących się przez co najmniej sześć miesięcy i potwierdzonych przez orzeczenie lekarskie specjalisty neurologa;
- 18) **śpiączka** – stan w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego;
- 19) **udar mózgu** – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 48 godzin; powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 20) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania rozszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 21) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; Utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym.
- 22) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciel o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę i lekarza Towarzystwa;
- 23) **wstrząs septyczny** – sepsa (sepsis) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów. W rozumieniu niniejszych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny. Wykluczeniu podlegają bakteriemia, iremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;

- 24) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria: a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie ( $>1,5$  x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy, b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+), c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
- 25) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej niewystępujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego.