

Twoje dziecko może liczyć na pomoc.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie
szkolne



FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 1, 2, 3, 4, 5, 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 3.10 lit. c), 4.13, 4.14, 5.6, 5.9, 10.2, 11, 13.8, 15.3, 17.14 lit. a), c), g), h), i), j), k), n)



Autorem rysunków jest Bartosz Minkiewicz.

Ogólne warunki ubezpieczenia szkolnego (dalej: OWU) stosuje się do umów ubezpieczenia szkolnego zawieranych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie z osobami fizycznymi. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rachunek dziecka lub młodzieży.

W porozumieniu z Tobą, po dokonaniu indywidualnej oceny ryzyka, w umowie ubezpieczenia możemy zastosować postanowienia dodatkowe lub odmienne od tych określonych w OWU.

Zanim zdecydujesz się na ubezpieczenie, zapoznaj się z dokumentami, które otrzymałeś:

- OWU,
- dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

SPIS TREŚCI

Co mamy na myśli, gdy używamy tych pojęć?	3
1. Kogo ubezpieczamy?	3
2. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?	3
3. Jakie są rodzaje świadczeń?	4
4. Hejt w Internecie	6
5. OC w życiu prywatnym	7
6. Opieka plus w ubezpieczeniu szkolnym	7
7. Zawarcie umowy ubezpieczenia	9
8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej	9
9. Składka	9
10. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego	9
11. Za co nie odpowiadamy?	9
12. Szczególne środki ograniczające – kogo dotyczą i kiedy możemy je zastosować	10
13. Zasady wypłaty i realizacji świadczeń i odszkodowań	10
14. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	11
15. Roszczenia zwrotne	11
16. Sposób dochodzenia roszczeń	11
17. Co rozumiemy przez pojęcia użyte w OWU?	11
REKLAMACJE	
18. Kiedy możesz złożyć reklamację?	14
19. Jak możesz złożyć reklamację?	14
20. Jak udzielimy Ci odpowiedzi na reklamację?	14
21. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?	14
22. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?	15
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	15
OBOWIĄZKI INFORMACYJNE	15
ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA USZKODZEŃ CIAŁA	17
Dane kontaktowe	26

Co mamy na myśli, gdy używamy tych pojęć?

Wyjaśnienie wszystkich pojęć znajdziesz w pkt 17.



Ty

Ubezpieczający, osoba, która zawiera umowę ubezpieczenia.



My

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



dziecko

Ubezpieczonymi
mogą być:



młodzież

1. Kogo ubezpieczamy?

Ubezpieczamy:

- a) dzieci lub młodzież, którzy w chwili zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyli 18. roku życia,
- b) osoby fizyczne, które w chwili zawierania umowy ubezpieczenia ukończyły 18. rok życia i nie ukończyły 26. roku życia i mają status: ucznia, studenta, doktoranta, słuchacza placówki oświatowo-wychowawczej.

2. Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia?

2.1. W zależności od wybranego przez Ciebie podczas zawierania umowy ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia przedmiot ubezpieczenia obejmuje:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
- b) następstwa nieszczęśliwych wypadków, udaru mózgu albo zawału serca doznanych przez Ubezpieczonego,
- c) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez rodzica Ubezpieczonego,
- d) zdrowie Ubezpieczonego,
- e) dobra osobiste Ubezpieczonego w postaci dobrego imienia lub prawa do prywatności,
- f) odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego w życiu prywatnym, z zastrzeżeniem pkt 2.5,
- g) świadczenia zdrowotne.

2.2. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
- b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca,
- c) uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- d) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- e) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- f) zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- g) zwrot kosztów rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

- h) zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- i) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- j) zdiagnozowanie poważnego zachorowania,
- k) ukąszenie przez kleszcza,
- l) organizację i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji,
- m) organizację i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego,
- n) za zapłatą dodatkowej składki ryzyka wskazane w pkt 2.4, 2.5, 2.6.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 3 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

2.3. Nasza odpowiedzialność obejmuje również następstwa nieszczęśliwych wypadków będących skutkiem wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończył 18. roku życia, z zastrzeżeniem pkt 11.1 lit. e).

2.4. Za zapłatą dodatkowej składki ochronę ubezpieczeniową możemy rozszerzyć o Hejt w Internecie, tj. ubezpieczenie ochrony prawnej. W ramach Hejtu w Internecie ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w Internecie, w tym w mediach społecznościowych.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 4 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

2.5. Za zapłatą dodatkowej składki ochronę ubezpieczeniową możemy rozszerzyć o odpowiedzialność cywilną deliktową Ubezpieczonego w życiu prywatnym, obejmującą odpowiedzialność cywilną z tytułu szkód rzeczowych lub osobowych wyrządzonych osobom trzecim w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności życia prywatnego oraz w związku z nauką lub odbywaniem praktyk przyuczających do zawodu. Rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej o odpowiedzialność cywilną możliwe

jest tylko w przypadku, gdy Ubezpieczonym na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia jest osoba, która ukończyła 13. rok życia i nie ukończyła 26. roku życia.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 5 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

2.6. Za zapłatą dodatkowej składki ochronę ubezpieczeniową możemy rozszerzyć o świadczenia zdrowotne, takie jak: (a) Telekonsultacja Opieka plus obejmująca telekonsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą, diagnostykę laboratoryjną, telekonsultacje z psychologiem dziecięcym oraz (b) rehabilitację, a także (c) świadczenia realizowane po nieszczęśliwym wypadku w postaci korepetycji, łącznie wszystkie świadczenia (a), (b) i (c) to zakres zwany dalej Opieka plus.

Zapoznaj się ze szczegółami w pkt 6 oraz pojęciami i ich definicjami zawartymi w pkt 17.

2.7. Nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia zaistniałe na całym świecie – w odniesieniu do zakresu, o którym mowa w pkt 2.2–2.4. W odniesieniu do zakresu, o którym mowa w pkt 2.5, nasza odpowiedzialność obejmuje zdarzenia zaistniałe na terenie Polski oraz pozostałych krajów europejskich, tj. krajów leżących na obszarze geograficznym Europy.

3. Jakie są rodzaje świadczeń?

3.1. Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

Jeśli Ubezpieczony zmarł wskutek wypadku komunikacyjnego, a śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od tego zdarzenia, wówczas wypłacimy osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Warunkiem naszej odpowiedzialności jest, aby do wypadku komunikacyjnego doszło w trakcie trwania naszej ochrony.



3.2. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca

Jeśli Ubezpieczony zmarł w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca, a śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od tego zdarzenia, wówczas wypłacimy osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Warunkiem naszej odpowiedzialności jest, aby do nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu albo zawału serca doszło w trakcie trwania naszej ochrony.

3.3. Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku

- Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, które jest wskazane w Tabeli, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie.
- Świadczenie wypłacimy w wysokości stanowiącej taki procent sumy ubezpieczenia, jaki wynika z Tabeli dla danego rodzaju uszkodzenia ciała.
- Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku doszło do kilku uszkodzeń ciała, wówczas wysokość świadczenia wyliczymy w ten sposób, że zsumujemy procenty sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym uszkodzeniom ciała podanym w Tabeli. Wysokość tak ustalonego świadczenia nie może przekroczyć wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.
- Uszkodzenia ciała, a następnie procent sumy ubezpieczenia, o którym mowa powyżej, ustalimy na podstawie dokumentacji medycznej. W sytuacji gdy ustalenie procentu sumy ubezpieczenia nie byłoby możliwe według zasad określonych w zdaniu poprzednim, ustalimy go na podstawie badań medycznych, które przeprowadzi wskazany przez nas lekarz. Za koszt tych badań zapłacimy.

3.4. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jaki miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, Ubezpieczony rozpoczął pobyt w szpitalu w celu leczenia jego skutków, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie. Warunkiem jest to, aby pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie trwania naszej ochrony.
- Świadczenie, o którym mowa powyżej, wypłacimy za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w wysokości określonej w polisie, nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia. Za dzień uważamy dobę (24 h).
- Świadczenie wypłacimy po zakończeniu pobytu w szpitalu.

3.5. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu niebędący następstwem nieszczęśliwego wypadku

- Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony Ubezpieczony rozpoczął pobyt w szpitalu w celu leczenia z powodu innego niż następstwo nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu w szpitalu wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w polisie, nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia. Warunkiem koniecznym jest, aby pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie trwania naszej ochrony.
- Świadczenie, o którym mowa powyżej, płatne jest pod warunkiem, że pobyt w szpitalu będzie trwał co najmniej przez 5 dni (5 dób). Za dzień uważamy dobę (24 h).
- Świadczenie wypłacimy pod warunkiem, że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie wcześniej niż po upływie 30 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Warunek ten ma zastosowania w przypadku nieprzerwanej kontynuacji ubezpieczenia szkolnego, czyli w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia.
- Świadczenie może być wypłacone maksymalnie 2 razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

3.6. Zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, poniesione zostały koszty związane z leczeniem Ubezpieczonego (w tym odbudową stałych zębów), wówczas te koszty zwrócimy. Koszty podlegające zwrotowi przedstawił w lit. b).
- Zwrotowi podlegają poniesione w Polsce, wynikające z zaleceń lekarza, koszty:
 - udzielenia pierwszej pomocy przez lekarza,
 - pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (w tym operacji plastycznych, których celem było usunięcie oszpeceń wynikającego z nieszczęśliwego wypadku),
 - odbudowy stałych zębów, które zostały uszkodzone lub utracone,
 - nabycia niezbędnych leków i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
 - transportu Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku, bezpośrednio po jego zajęciu, do szpitala, ambulatorium lub lekarza, jeśli ze względu na stan zdrowia Ubezpieczony nie może sam tam dotrzeć.
- Koszty, które podlegają zwrotowi, mogą być poniesione do 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- Zwrotu kosztów dokonamy pod warunkiem, że nie mogły one być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia społecznego.
- Zwrotu kosztów dokonamy na podstawie rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.7. Zwrot kosztów rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, poniesione zostały koszty związane z rehabilitacją Ubezpieczonego, wówczas te koszty zwrócimy. Zwrotowi podlegają poniesione w Polsce koszty zabiegów rehabilitacyjnych wynikających z zaleceń lekarza.
- Koszty, które podlegają zwrotowi, mogą być poniesione do 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

- c) Zwrotu kosztów dokonamy pod warunkiem, że nie mogły one być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia społecznego.
- d) Zwrotu kosztów dokonamy na podstawie rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.8. Zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku

- a) Zwrócimy poniesione w Polsce koszty nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych (innych niż proteza), zaleconych przez lekarza w leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony.
- b) Dodatkowo, jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku poza uszkodzeniem ciała, za które przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie z pkt 2.2 lit. c), dojdzie do uszkodzenia lub zniszczenia używanych przez Ubezpieczonego okularów korekcyjnych, to zwrócimy koszt ich naprawy albo nabycia nowych do 10% sumy ubezpieczenia przewidzianej dla świadczenia zwrotu kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- c) Koszty, które podlegają zwrotowi, mogą być poniesione do 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- d) Zwrotu kosztów dokonamy pod warunkiem, że nie mogły one być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczenia społecznego.
- e) Zwrotu kosztów dokonamy na podstawie rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie, a w przypadku zwrotu kosztów naprawy okularów korekcyjnych albo nabycia nowych – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia przewidzianej dla świadczenia zwrotu kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku określonej w polisie.

3.9. Śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Jeśli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania naszej ochrony, zmarł rodzic Ubezpieczonego, a śmierć nastąpiła w ciągu 2 lat od tego zdarzenia, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.10. Zdiagnozowanie poważnego zachorowania

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony po raz pierwszy zdiagnozowano u Ubezpieczonego poważne zachorowanie, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Świadczenie wypłacimy pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu co najmniej 30 dni od daty zdiagnozowania poważnego zachorowania.
- b) Rodzaj i datę zdiagnozowania poważnego zachorowania ustalimy na podstawie dokumentacji medycznej.
- c) Nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie:
 - i. zostało zdiagnozowane przed upływem 30 dni od rozpoczęcia naszej ochrony; nie ma to zastosowania w przypadku nieprzerwanej kontynuacji ubezpieczenia szkolnego, czyli w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia;
 - ii. jest następstwem wady wrodzonej i schorzeń będących jej skutkiem;
 - iii. jest następstwem samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.



3.11. Ukąszenie przez kleszcza

Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony Ubezpieczony zostanie ukąszony przez kleszcza, to zadzwoń do naszego Centrum Alar-

mowego pod numer tel. +48 22 599 91 86 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). W ramach tego świadczenia:

- i. zwrócimy koszt wizyty lekarskiej związanej z usunięciem kleszcza do kwoty 500 zł; świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez Ubezpieczonego, po wcześniejszym zgłoszeniu zdarzenia do naszego Centrum Alarmowego;
- ii. zorganizujemy i pokryjemy koszty badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów do kwoty 500 zł; świadczenie realizowane jest w placówce medycznej wybranej przez nasze Centrum Alarmowe; w razie braku dostępności placówki medycznej, z którą współpracuje nasze Centrum Alarmowe, zwrócimy koszty badania kleszcza w dowolnej placówce wybranej przez Ubezpieczonego do kwoty 500 zł;
- iii. zwrócimy koszty zaleconej przez lekarza prowadzącego antybiotykoterapii do kwoty 500 zł (zwrot dotyczy leków zakupionych z recepty przepisanej przez lekarza).

3.12. Organizacja i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony, stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy o charakterze medycznym, to za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszt świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą.
- b) Telekonsultacja stanowi świadczenie zdrowotne, którego zakres określa lit. c), i udzielane jest w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz internista, lekarz rodzinny lub pediatra).
- c) Świadczenie zdrowotne obejmuje: wywiad, poradę lekarza, a także konsultację wyników badań, wystawienie e-recepty, wystawienie skierowania na diagnostykę, wystawienie e-zwolnienia. Telekonsultacje realizowane są w ciągu 3 h (w godz. 7.00–22.00) lub w ciągu 4 h (w godz. 22.00–7.00) od momentu zgłoszenia takiej potrzeby do Partnera Medycznego.
- d) Telekonsultacje świadczone są przez całą dobę, także w święta i dni wolne.
- e) W okresie ubezpieczenia organizujemy i pokrywamy Ubezpieczonemu koszty maksymalnie trzech Telekonsultacji.

W jaki sposób realizowane są Telekonsultacje?

- a) Ubezpieczony może skorzystać z usługi Telekonsultacji w formie telefonicznej lub przez Internet (platforma internetowa).
- b) W celu skorzystania z usługi w formie telefonicznej należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- c) W celu korzystania z platformy internetowej naszego Partnera Medycznego konieczne jest założenie konta. Aby to zrobić, należy wejść na uniqa.telemedi.com, a następnie:
 - i. przekazać dane, których wymaga platforma internetowa naszego Partnera Medycznego, w szczególności numer PESEL Ubezpieczonego, a w przypadku obcokrajowców – datę urodzenia;
 - ii. oraz zaakceptować regulaminy naszego Partnera Medycznego, które są dostępne na platformie internetowej.
- d) W celu skorzystania z Telekonsultacji przez platformę internetową należy:
 - i. zalogować się do platformy internetowej Partnera Medycznego;
 - ii. wybrać specjalizację lekarza, formę Telekonsultacji oraz preferowany termin konsultacji;
 - iii. w uzgodnionym terminie oczekiwać na kontakt.
- e) Przed umówionym terminem Telekonsultacji Partner Medyczny wysła przypomnienie w formie wiadomości SMS.
- f) W przypadku rezygnacji z umówionej Telekonsultacji należy ją odwołać na platformie internetowej naszego Partnera Medycznego lub skontaktować się z infolinią Partnera Medycznego.

3.13. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego

- a) Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy o charakterze medycznym, to za pośrednictwem Partnera Medycznego na zlecenie lekarza (lekarz leczący Ubezpieczonego) zorganizujemy wizyty i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki lub ratownika medycznego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryjemy koszty środków medycznych (to jest: opatrunki, bandaże, strzykawki, waciki, plastry, igły) potrzebnych do wykonania w warunkach domowych czynności leczniczych, to jest: iniekcje podskórne, domięśniowe i dożylnie, opatrunki, zdjęcie szwów, inhalacje, stawianie baniek, oklepywanie, usunięcie cewnika z pęcherza.
- b) Zakres i rodzaj czynności medycznych realizowany jest na podstawie skierowania lekarskiego na realizację wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
- c) Świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 5 wizyt pielęgniarki lub ratownika medycznego w okresie ochrony.
- d) Wizyta pielęgniarki lub ratownika medycznego realizowana jest w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby do Partnera Medycznego.
- e) Podczas wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego w uzgodnionym terminie należy okazać dokument tożsamości.
- f) W celu skorzystania ze świadczenia po uzyskaniu zlecenia od lekarza należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.



4. Hejt w Internecie

- 4.1. Zawierając umowę ubezpieczenia, za zapłatą dodatkowej składki, możesz rozszerzyć zakres naszej ochrony ubezpieczeniowej o Hejt w Internecie. To ubezpieczenie ochrony prawnej, które obejmuje następstwa naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w Internecie, w tym w mediach społecznościowych. Rozumiemy przez to pomówienie, znieważenie lub bezprawne ujawnienie informacji na temat życia prywatnego Ubezpieczonego, które miały miejsce w trakcie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 4.2. Ubezpieczenie obejmuje trzy rodzaje świadczeń:
 - a) pomoc prawną, w ramach której podejmiemy działania mające na celu ochronę uzasadnionych interesów Ubezpieczonego w stosunku do osoby, która opublikowała informacje stanowiące naruszenie dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego, a także wydawcy lub właściciela hostingu, na stronach których informacje zostały opublikowane (szczegóły świadczenia opisujemy w pkt 4.4–4.14);
 - b) zorganizowanie i opłacenie specjalisty IT, którego zadaniem będzie usunięcie lub zatrzymanie dostępu do negatywnych lub bezprawnie udostępnionych informacji o Ubezpieczonym; przy realizacji tego świadczenia specjalista IT i my zobowiązujemy się do podjęcia wszelkich starań związanych z usunięciem lub zatrzymaniem dostępu do negatywnych lub bezprawnie udostępnionych informacji;
 - c) zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji Ubezpieczonego z psychologiem, związanych z naruszeniem dobrego imienia

lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w Internecie, w formie telekonsultacji udzielanych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (np. telefon, wideoczat) oraz 10 wizyt stacjonarnych w placówce medycznej.

- 4.3. Świadczenia opisane w pkt 4.2 realizowane będą maksymalnie do sumy ubezpieczenia, która wynosi 15 000 zł.
- 4.4. Pamiętaj, w celu skorzystania z pomocy prawnej, pomocy specjalisty IT lub konsultacji z psychologiem, o których mowa w pkt 4.2, zadzwoń do naszego Centrum Alarmowego pod numer tel. +48 22 599 91 86 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
- 4.5. Pomoc prawna obejmuje podjęcie przez nas działań w celu ochrony uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego oraz pokrycie ich kosztów.
- 4.6. Interes prawny Ubezpieczonego uważa się za uzasadniony, jeżeli:
 - a) istnieje szansa korzystnego dla Ubezpieczonego załatwienia sprawy, tj. gdy roszczenie Ubezpieczonego nie jest oczywiście bezzasadne;
 - b) ochrona interesów prawnych Ubezpieczonego nie jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami;
 - c) koszty ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego nie pozostają w rażącej dysproporcji do poniesionej szkody lub krzywdy, tj. gdy nie są rażąco wysokie.
- 4.7. W ramach pomocy prawnej zapewniamy infolinię prawną i reprezentację prawną.
- 4.8. W ramach infolinii prawnej zapewniamy:
 - a) udzielenie bieżących konsultacji prawnych drogą elektroniczną,
 - b) przesłanie na życzenie Ubezpieczonego drogą elektroniczną tekstów obowiązujących lub archiwalnych aktów prawnych,
 - c) przesłanie informacji drogą elektroniczną o obowiązujących procedurach sądowych oraz o kosztach prowadzenia sporów prawnych,
 - d) udzielenie informacji o kancelariach prawnych specjalizujących się w zakresie spraw wskazanych przez Ubezpieczonego,
 - e) przygotowanie opinii prawnych,
 - f) przygotowanie w formie pisemnej wzorów pism procesowych.
- 4.9. W ramach reprezentacji prawnej zapewniamy:
 - a) wstępną analizę i ocenę stanu prawnego danej sytuacji faktycznej Ubezpieczonego,
 - b) przygotowanie opinii prawnych,
 - c) doradztwo prawne i przedstawienie scenariusza następnie podejmowanych działań,
 - d) tłumaczenie dokumentów na język polski, sporządzenie opinii biegłego lub rzeczoznawcy,
 - e) podejmowanie działań w zakresie postępowania reklamacyjnego,
 - f) podejmowanie działań na etapie przedsądowym, w tym działania w ramach postępowania pojednawczego i mediacyjnego, oraz pomoc w złożeniu na policji lub w prokuraturze zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, oszustwa, pomówienia lub znieważenia,
 - g) podejmowanie działań w ramach postępowania sądowego przed sądem pierwszej instancji.
- 4.10. W związku z ochroną uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego zapewniamy pokrycie następujących kosztów, opłat i wydatków (na zasadach i do wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w pkt 4.3):
 - a) wynagrodzenie Usługodawcy z tytułu analizy lub opiniowania sytuacji prawnej, w jakiej znalazł się Ubezpieczony,
 - b) wynagrodzenie Usługodawcy z tytułu tłumaczenia dokumentacji na język polski, opinii biegłego lub rzeczoznawcy, niezbędnej do ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego,
 - c) wynagrodzenie Usługodawcy z tytułu podejmowania działań związanych z postępowaniem reklamacyjnym,
 - d) koszty postępowania przed sądami powszechnymi i sądami administracyjnymi w pierwszej instancji oraz przed sądami polubownymi,
 - e) koszty procesu zasądzone od Ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej lub Skarbu Państwa.
- 4.11. W ramach pomocy prawnej, w sytuacjach wymagających udziału Usługodawcy, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pełno-

mocnictwa Usługodawcy, umożliwiającego podejmowanie działań zmierzających do ochrony uzasadnionych interesów prawnych Ubezpieczonego.

- 4.12. Jeśli pomoc prawna odbywa się z udziałem Usługodawcy, nasze Centrum Alarmowe może zaproponować Ubezpieczonemu odpowiedniego Usługodawcę. Ubezpieczony ma prawo wyboru innego Usługodawcy niż zaproponowany przez Centrum Alarmowe. W takiej sytuacji Ubezpieczony musi jednak wcześniej uzyskać zgodę Centrum Alarmowego, a ono może jej odmówić tylko w sytuacji, gdy wskazany przez Ubezpieczonego usługodawca nie ma uprawnień adwokata lub radcy prawnego.
- 4.13. Centrum Alarmowe nie pokryje kosztów działań, które nie musiałyby zostać podjęte, gdyby nie spóźnione działanie Ubezpieczonego.
- 4.14. Ubezpieczony zobowiązuje się zapewnić, aby wybrany przez niego Usługodawca, który go reprezentuje, na bieżąco informował nasze Centrum Alarmowe o przebiegu działań podejmowanych w ramach pomocy prawnej. O poszczególnych zamierzonych działaniach Ubezpieczony ma obowiązek informować Centrum Alarmowe sam lub za pośrednictwem swojego przedstawiciela prawnego, a przed ich wykonaniem uzyskać zgodę Centrum Alarmowego. W przypadku naruszenia tego obowiązku przez Ubezpieczonego Centrum Alarmowe jest uprawnione do odmowy pokrycia kosztów podjęcia nieuzgodnionych działań, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zgody wynikał z okoliczności obiektywnych, niezależnych od Ubezpieczonego.

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.



5. OC w życiu prywatnym

- 5.1. Zawierając umowę ubezpieczenia, za zapłatą dodatkowej składki, możesz rozszerzyć zakres naszej ochrony ubezpieczeniowej o odpowiedzialność cywilną deliktową Ubezpieczonego w życiu prywatnym z tytułu szkód rzeczowych lub osobowych wyrządzonych osobom trzecim w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności życia prywatnego oraz w związku z nauką lub odbywaniem praktyk przyuczających do zawodu.
- 5.2. Ochroną ubezpieczeniową objęte są szkody powstałe na skutek deliktu, który zaistniał w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- 5.3. Zakresem tego ubezpieczenia objęte są szkody wyrządzone przez Ubezpieczonego nieumyślnie.
- 5.4. Za czynności życia prywatnego uważamy wyłącznie te czynności wykonywane przez Ubezpieczonego, które podejmuje on poza swoją aktywnością zawodową, zatrudnieniem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. Za czynności życia prywatnego uważamy również:
 - a) uczestnictwo w zajęciach szkolnych w charakterze ucznia, studenta, doktoranta lub słuchacza placówki oświatowo-wychowawczej,
 - b) odbywanie praktyk (w tym praktyki studentów akademii medycznych),
 - c) amatorskie uprawianie sportu, tj. aktywność sportową, której celem jest odpoczynek i rozrywka,
 - d) wyczynowe uprawianie sportu,
 - e) posiadanie lub używanie rowerów, rowerów elektrycznych, hulajnóg, hulajnóg elektrycznych, deskorolek, deskorolek elektrycznych, rolek, urządzeń segway, hoverboard/monowheel, wózków inwalidzkich,

f) posiadanie lub używanie sprzętu pływającego do własnego użytku, pod warunkiem posiadania wymaganych uprawnień do korzystania z wyżej wymienionego sprzętu, jeśli są one prawem wymagane,

g) jazdę konną.

- 5.5. Suma gwarancyjna wynosi 35 000 zł i stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, łącznie dla szkód rzeczowych i osobowych.
- 5.6. W przypadku szkód powstałych wskutek zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu elektronicznego, audiowizualnego, komputerowego, fotograficznego, teleinformatycznego oraz instrumentów muzycznych należących do osób trzecich świadczenie z tytułu każdej szkody zostanie pomniejszone o kwotę 500 zł.
- 5.7. W granicach sumy gwarancyjnej jesteśmy zobowiązani do:
 - a) pokrycia kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych przez Ubezpieczonego za naszą zgodą w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
 - b) pokrycia niezbędnych kosztów obrony sądowej przed roszczeniem poszkodowanego,
 - c) pokrycia kosztów mediacji lub postępowania pojednawczego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami odszkodowawczymi, o ile poleciliśmy Ubezpieczonemu prowadzenie takiej mediacji lub postępowania,
 - d) pokrycia kosztów akcji ratowniczej.
- 5.8. Jeśli tytułem świadczenia za szkody na osobie przysługują poszkodowanemu zarówno świadczenie jednorazowe, jak i renty, zaspokoimy je z obowiązującej sumy gwarancyjnej w następującej kolejności:
 - a) świadczenie jednorazowe,
 - b) renty czasowe.
- 5.9. Nie odpowiadamy za dodatkowe koszty wynikające z braku zgody Ubezpieczonego na zawarcie przez nas ugody z osobą poszkodowaną lub na zaspokojenie jej roszczeń.

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.

6. Opieka plus w ubezpieczeniu szkolnym

- 6.1. Zawierając umowę ubezpieczenia, za zapłatą dodatkowej składki, możesz rozszerzyć ubezpieczenie o zakres Opieka plus.
- 6.2. W ramach zakresu Opieka plus udzielamy następujących świadczeń:
 - a) świadczenia zdrowotne w sytuacji, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy:
 - i. Telekonsultacje Opieka plus, na którą składają się:
 - telekonsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą,
 - diagnostyka laboratoryjna,
 - telekonsultacje z psychologiem dziecięcym,
 - ii. rehabilitacja;
 - b) świadczenia udzielane w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku, w postaci korepetycji.

Telekonsultacje

- 6.3. Świadczenia Telekonsultacji Opieka plus w zakresie telekonsultacji z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą udzielone zostaną na zasadach opisanych w pkt 3.12, z taką różnicą, że bez limitu świadczeń na jednego Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

Diagnostyka laboratoryjna

- 6.4. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony, w wyniku skorzystania przez Ubezpieczonego ze świadczenia zdrowotnego w postaci telekonsultacji Opieka plus, zostało zlecone Ubezpieczonemu badanie: morfologii krwi, glukozy, badanie ogólne moczu, za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy te badania i pokryjemy ich koszty. Badania realizowane są do 24 godzin od zgłoszenia do Partnera Medycznego na podstawie skierowania lekarskiego. W okresie ubezpieczenia Ubezpieczonemu przysługują maksymalnie 4 badania.

W celu skorzystania ze świadczenia diagnostyki laboratoryjnej należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). Podczas wizyty w placówce należy okazać dokument tożsamości.

Telekonsultacje z psychologiem dziecięcym

- 6.5. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy psychologa, za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty 6 sesji 30-minutowych w postaci telekonsultacji z psychologiem dziecięcym w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu z psychologiem dziecięcym.
- 6.6. Świadczenie telekonsultacji z psychologiem dziecięcym udzielone zostanie na zasadach opisanych w pkt 3.12.
- 6.7. Świadczenie telekonsultacji z psychologiem dziecięcym realizowane jest w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby do Partnera Medycznego.

Rehabilitacja

- 6.8. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony stan zdrowia Ubezpieczonego spowodowany urazem uzasadniać będzie potrzebę skorzystania z pomocy fizjoterapeuty, za pośrednictwem Partnera Medycznego na zlecenie lekarza zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego albo zorganizujemy i pokryjemy koszty zabiegów rehabilitacyjnych, przeprowadzonych w placówkach rehabilitacyjnych wskazanych przez Partnera Medycznego.
- 6.9. Zakres i rodzaj zabiegów w placówkach rehabilitacyjnych jest realizowany na podstawie skierowania lekarskiego i obejmuje:
- zabiegi z zakresu fizykoterapii:
 - elektrostymulacja,
 - galwanizacja,
 - jonoforeza,
 - krioterapia miejscowa,
 - laser miejscowy,
 - pole magnetyczne,
 - prądy diadynamiczne (DD),
 - prądy interferencyjne,
 - prądy TENS,
 - ultradźwięki,
 - terapuls,
 - prądy Träberta;
 - zabiegi z zakresu kinezyterapii:
 - ćwiczenia usprawniające,
 - masaż wirowy,
 - masaż perłkowy,
 - masaż podwodny.

- 6.10. Zakres zabiegów rehabilitacyjnych wskazany jest też w tabeli 1 (przewodnik po świadczeniach Opieka plus),
- 6.11. W ramach świadczenia Ubezpieczonemu przysługuje limit 30 zabiegów w placówce medycznej wskazanej przez Partnera w okresie ochrony.
- 6.12. W warunkach domowych w ramach wizyty fizjoterapeuty wykonywane są zabiegi z zakresu kinezyterapii, tj.: ćwiczenia usprawniające. Ubezpieczonemu przysługuje limit 6 wizyt fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w okresie ochrony.
- 6.13. Aby skorzystać ze świadczenia należy w uzgodnionym terminie przybyć do placówki medycznej i okazać dokument tożsamości.
- 6.14. Zabiegi realizowane są w ciągu 7 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby.
- 6.15. W celu skorzystania ze świadczenia rehabilitacji należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).

Korepetycje

- 6.16. Jeśli w trakcie trwania naszej ochrony Ubezpieczony będący uczniem szkoły podstawowej lub średniej ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego dojdzie do uszkodzenia ciała, za które przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie pkt 2.2 lit. c) i w wyniku którego Ubezpieczony nie może uczestniczyć w zajęciach lekcyjnych co najmniej przez 7 dni roboczych, to Ubez-

pieczonemu przysługuje świadczenie korepetycji, zrealizowane za pośrednictwem naszego Partnera Medycznego.

- 6.17. W ramach świadczenia korepetycji za pośrednictwem Partnera Medycznego zorganizujemy i pokryjemy koszty korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole podstawowej lub szkole średniej polskiego programu edukacji.
- 6.18. Świadczenie zostanie zrealizowane po przedstawieniu przez Ubezpieczonego zwolnienia lekarskiego przekazanego przy zgłaszaniu szkody do UNIQA.
- 6.19. Ubezpieczony ze świadczenia korepetycji może skorzystać w trakcie trwania ochrony, którą liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie pkt 2.2 lit. c).
- 6.20. W ramach świadczenia korepetycji Ubezpieczonemu przysługuje limit 3 lekcji 60-minutowych.
- 6.21. Korepetycje realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia potrzeby do Partnera Medycznego.
- 6.22. W celu skorzystania z korepetycji należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora). Aby skorzystać ze świadczenia przy realizacji należy okazać dokument tożsamości.

Tabela 1 – Przewodnik po świadczeniach Opieka plus

Zakres świadczeń	Limity
Świadczenia zdrowotne	
Telekonsultacje z lekarzem internistą, lekarzem rodzinnym lub pediatrą Całodobowa pomoc lekarska 24/7/365 Konsultacje w formie rozmowy telefonicznej i czatu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny lub pediatra)	bez limitu w okresie ochrony
Diagnostyka laboratoryjna	
Morfologia krwi	limit 4 badań w okresie ochrony
Glukoza	
Mocz – badanie ogólne	
Telekonsultacje z psychologiem dziecięcym	limit 6 sesji 30-minutowych w okresie ochrony
Rehabilitacja	limit 30 zabiegów w placówce medycznej albo 6 wizyt fizjoterapeuty w okresie ochrony
Świadczenie związane z nieszczęśliwym wypadkiem	
Korepetycje	limit 3 lekcji 60-minutowych w okresie ochrony

- 6.23. Jeśli realizacja świadczeń wymienionych w tabeli 1 jest niemożliwa, w związku z niedotrzymaniem określonych w tych OWU terminów dostępności, to Ubezpieczony może skorzystać z danego świadczenia we własnym zakresie.
- 6.24. W sytuacji opisanej w pkt 6.23 należy skontaktować się z Partnerem Medycznym pod numerem tel. +48 22 357 40 47 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora), który wyrazi zgodę i wskazać sposób realizacji świadczenia. Na podstawie tego zgłoszenia oraz faktury Partner Medyczny zwraca koszty poniesione za zrealizowane świadczenia, jeśli są objęte zakresem ubezpieczenia.

Zapoznaj się z wyłączeniami naszej odpowiedzialności w pkt 11.

7. Zawarcie umowy ubezpieczenia

- 7.1. Dane przekazywane przez Ciebie, niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia, o które jesteś pytany podczas zawierania umowy ubezpieczenia, obejmują w szczególności:
 - a) Twoje dane osobowe i Ubezpieczonego,
 - b) okres ubezpieczenia,
 - c) dane mające wpływ na wysokość składki, o których mowa w pkt 9.2.
- 7.2. Na podstawie uzyskanych od Ciebie informacji przygotujemy ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia, która będzie zawierała informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki oraz termin i sposób jej płatności. Ofertę doręczymy Ci wraz z OWU. Nasza oferta będzie ważna do dnia wskazanego w niej jako dzień zapłaty składki.
- 7.3. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta z chwilą zapłaty składki w terminie wskazanym w ofercie.
- 7.4. Możemy zaproponować Ci zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
- 7.5. Przed upływem okresu, na jaki została zawarta dotychczas obowiązująca umowa ubezpieczenia, możemy przesłać Ci ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia wraz z OWU. Oferta będzie zawierała informacje jak w pkt. 7.2.
- 7.6. Nasza oferta, o której mowa w pkt 7.5, będzie ważna do dnia wskazanego w niej jako dzień zapłaty składki.
- 7.7. Umowa ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia zostanie zawarta z chwilą zapłaty składki w terminie wskazanym w ofercie.
- 7.8. Dla tego samego Ubezpieczonego, w tym samym czasie, może być zawarta tylko jedna umowa ubezpieczenia.

8. Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

- 8.1. Nasza ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w terminie określonym w polisie jako początek ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 8.2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z terminem rozwiązania umowy ubezpieczenia oraz w innych przypadkach określonych w OWU.

9. Składka

- 9.1. Składkę ubezpieczeniową ustalamy na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 9.2. Wysokość składki ustalamy w szczególności na podstawie:
 - a) okresu ubezpieczenia,
 - b) zakresu ubezpieczenia,
 - c) wysokości sum ubezpieczenia i sumy gwarancyjnej,
 - d) innych czynników istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o które pytaliśmy Cię podczas zawierania umowy ubezpieczenia.
- 9.3. Składka płatna jest jednorazowo.
- 9.4. Za dzień zapłaty składki uznajemy w przypadku płatności:
 - a) przelewem bankowym – dzień wpływu składki na nasz rachunek bankowy,
 - b) gotówką – dzień zapłacenia składki przedstawicielowi uprawnionemu przez nas do pobrania składki,
 - c) elektronicznych za pośrednictwem agenta rozliczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych – dzień dokonania autoryzacji płatności elektronicznej przez agenta rozliczeniowego.
- 9.5. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia składka zostanie Ci zwrócona proporcjonalnie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

10. Obowiązki Twoje i Ubezpieczonego

- 10.1. Ty masz obowiązek:
 - a) podać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytamy podczas zawierania umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach; jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane;
 - b) zawiadomić nas o wszelkich zmianach okoliczności, o których mowa w lit. a), niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości;

- c) sprawdzić po otrzymaniu polisy poprawność danych i informacji w niej zawartych;
- d) zgłosić nam telefonicznie lub na piśmie – w terminie 7 dni od dnia otrzymania polisy – stwierdzone niezgodności danych oraz podać poprawne dane;
- e) przed zawarciem umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przekazać osobie zainteresowanej OWU wraz z informacją o istotnych postanowieniach OWU na piśmie lub, jeśli wyrazi ona na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

- 10.2. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 10.1 lit. a) i b) nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli do naruszenia pkt 10.1 lit. a) i b) doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
- 10.3. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ty i Ubezpieczony macie obowiązek:
 - a) w miarę możliwości użyć dostępnych środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów;
 - b) niezwłocznie powiadomić nas o zdarzeniu;
 - c) przedstawić nam wskazane przez nas dokumenty i dane niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia oraz udzielić wszelkich wymaganych przez nas informacji, wypełnić zgodnie z prawdą przedłożony formularz zgłoszenia szkody i zwrócić nam we wskazanym terminie;
 - d) umożliwić nam zasięgnięcie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy prowadzących.

11. Za co nie odpowiadamy?

- 11.1. Z naszej odpowiedzialności wyłączone są nieszczęśliwe wypadki, szkody i zdarzenia:
 - a) spowodowane przez Ubezpieczonego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania lub spełnienie świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - b) spowodowane działaniami wojennymi, zbrojnymi, zamieszkami, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach terroru, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - c) powstałe wskutek znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub podobnie działających leków, a niezalecanych przez lekarza; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, szkodą lub zaistniałym zdarzeniem i użyciem wyżej wymienionych substancji przez Ubezpieczonego;
 - d) powstałe wskutek usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - e) powstałe wskutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka;
 - f) powstałe w trakcie pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
 - g) powstałe wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - h) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy nie był on dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia zdarzenia pojazd nie miał ważnego badania technicznego; musi zachodzić związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a niedopuszczeniem pojazdu do ruchu albo brakiem badania technicznego pojazdu.

- 11.2. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego postanowienia pkt 11.1 stosujemy odpowiednio.
- 11.3. W przypadku świadczenia Ukąszenie przez kleszcza dodatkowo nie odpowiadamy za niespełnienie lub opóźnienie w realizacji świadczenia, gdy jego udzielenie było uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
- działania siły wyższej, tj. trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru lub awarii urządzeń telekomunikacyjnych;
 - czynników nadzwyczajnych i od nas niezależnych, tj. strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń.
- 11.4. W przypadku świadczenia Ukąszenie przez kleszcza dodatkowo nie odpowiadamy za:
- ukąszenie, do którego doszło przed rozpoczęciem naszej ochrony;
 - antybiotykoterapię, która została zalecona w związku z chorobą przewlekłą lub chorobą zdiagnozowaną przed rozpoczęciem naszej ochrony lub innym zdarzeniem niż ukąszenie przez kleszcza;
 - wszelkie skutki niezastosowania się Ubezpieczonego do decyzji lub zaleceń lekarza prowadzącego, innego lekarza bądź samowolne podejmowanie przez Ubezpieczonego decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza prowadzącego lub innego lekarza.
- 11.5. W przypadku świadczeń wizyty pielęgniarki lub wizyty ratownika medycznego, organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji oraz świadczeń z zakresu Opieka plus nie odpowiadamy za niespełnienie lub opóźnienie w realizacji świadczenia, gdy jego udzielenie było uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
- działania siły wyższej, tj. trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru lub awarii urządzeń telekomunikacyjnych;
 - czynników nadzwyczajnych i od nas niezależnych, tj. strajki, niepokoje społeczne, ataki terrorystyczne, wojna, skutki promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące uniemożliwić realizację danych świadczeń.
- 11.6. W zakresie świadczeń organizacji i pokrycia kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego, organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji oraz świadczeń z zakresu Opieka plus nie ponosimy odpowiedzialności i nie jesteśmy zobowiązani do realizacji świadczenia w przypadku:
- leczenia uzależnień,
 - diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności,
 - leczenia wad wrodzonych oraz ich następstw,
 - leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS,
 - leczenia dentyścycznego,
 - niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego współpracującego z naszym Partnerem Medycznym.
- 11.7. W przypadku ubezpieczenia Hejt w Internecie dodatkowo nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli Ubezpieczony udzielił pełnomocnictwa radcy prawnemu lub adwokatowi bez wiedzy i zgody naszego Centrum Alarmowego, a także nie ponosimy odpowiedzialności w związku z utratą przez Ubezpieczonego spodziewanego zysku lub korzyści, wynagrodzenia, kar umownych.
- 11.8. W przypadku ubezpieczenia Hejt w Internecie dodatkowo nie odpowiadamy w przypadku sporów:
- dotyczących naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego w innych mediach niż: blog, forum dyskusyjne, sieć społecznościowa lub strona internetowa;
 - dotyczących naruszenia dobrego imienia lub prawa do prywatności Ubezpieczonego za pośrednictwem mediów informacyjnych, tj. gazety internetowej, telewizji internetowej, radia internetowego;
 - pośród których przedmiotem jest prawo, które zostało przeniesione na Ubezpieczonego przez osoby trzecie lub scedowane na Ubezpieczonego przez osobę trzecią albo prawo, które Ubezpieczony realizuje dla osoby trzeciej.
- 11.9. W przypadku ubezpieczenia Hejt w Internecie nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów psychoterapii Ubezpieczonego.
- 11.10. W przypadku ubezpieczenia OC w życiu prywatnym dodatkowo nie odpowiadamy za szkody:
- powstałe w następstwie aktów wandalizmu lub sabotażu,
 - wynikłe z przeniesienia jakichkolwiek chorób;
 - powstałe wskutek umownego przejęcia przez Ubezpieczonego odpowiedzialności cywilnej osoby trzeciej albo wskutek rozszerzenia zakresu własnej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z ustawy,
 - związane z naruszeniem praw autorskich, patentów, znaków towarowych i oznaczeń,
 - polegające na utracie lub uszkodzeniu pieniędzy i innych środków płatniczych, kart płatniczych, papierów wartościowych, wszelkich rodzajów dokumentów, zbiorów filatelistycznych, numizmatycznych, archiwalnych, biżuterii (w tym zegarków), dzieł sztuki,
 - w mieniu, które Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użyczenia, przechowania, leasingu lub innego tytułu umownego; wyłączenie to nie dotyczy szkód powstałych w wyniku ognia, wybuchu lub zalania ani szkód powstałych w sprzeczności sportowym, który Ubezpieczony posiadał na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub użyczenia,
 - objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych,
 - polegające na obowiązku zapłaty kary umownej, grzywny, świadczenia o charakterze karnym oraz kary o charakterze pieniężnym,
 - związane z hodowlą zwierząt do celów zarobkowych,
 - wyrządzone przez jakiegokolwiek rodzaju wirusy komputerowe lub programy zakłócające pracę jakiegokolwiek programu, komputera, sieci, telefonu, niezależnie od przyczyn ich pojawienia się, w tym związane z dostępem do Internetu i korzystaniem z niego;
 - wyrządzone osobom wspólnie zamieszkującym lub wspólnie prowadzącym gospodarstwo domowe (nie dotyczy roszczeń za szkody powstałe w związku z posiadaniem lub użytkowaniem środka komunikacji określonego w pkt 5.4 lit. e), który na podstawie art. 436 kodeksu cywilnego jest mechanicznym środkiem komunikacji poruszającym za pomocą sił przyrody),
 - wyrządzone podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą, jeżeli Ubezpieczony jest jego właścicielem, współwłaścicielem, udziałowcem lub akcjonariuszem.

12. Szczególne środki ograniczające – kogo dotyczą i kiedy możemy je zastosować

Niezależnie od innych postanowień umowy UNIQA nie jest zobowiązana do spełnienia jakichkolwiek świadczeń, w tym zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, zapłaty jakichkolwiek środków z tytułu roszczeń lub zapewnienia jakichkolwiek korzyści na podstawie tej umowy w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez UNIQA sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych i/lub embarga wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej) obowiązującymi UNIQA.

13. Zasady wypłaty i realizacji świadczeń i odszkodowań (łącznie dalej: świadczenia)

- 13.1. Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązani są zawiadomić nas o nieszczęśliwym wypadku, szkodzi lub zdarzeniu, objętych naszą ochroną ubezpieczeniową, oraz dostarczyć żądane przez nas dokumenty niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia.

- 13.2. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim.
- 13.3. Świadczenia wypłacamy w polskich złotych. Jeśli koszty podlegające zwrotowi na podstawie tych OWU są ponoszone w walucie obcej, to świadczenie wypłacamy w polskich złotych według kursu średniego walut obcych ogłaszanego przez NBP, obowiązującego w dniu zajścia zdarzenia.
- 13.4. Pamiętaj, że wypłata świadczenia pomniejsza sumy ubezpieczenia i sumę gwarancyjną (redukcyjna suma ubezpieczenia i suma gwarancyjna).
- 13.5. Świadczenie wypłacamy w terminie:
- 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową,
 - a jeśli w wyżej wymienionym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie wypłacamy w terminie 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe; bezsporną część świadczenia wypłacimy w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.
- 13.6. Świadczenie z umowy ubezpieczenia wypłacamy Ubezpieczonemu, a w przypadku ubezpieczenia OC w życiu prywatnym – osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- 13.7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego świadczenie wypłacamy:
- osobie lub osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako uprawnione do otrzymania świadczenia;
 - w przypadku braku osób wymienionych w lit. a), uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - małżonek Ubezpieczonego, a w razie jego braku
 - dzieci Ubezpieczonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - rodzice Ubezpieczonego w równych częściach, a w razie ich braku
 - rodzeństwo Ubezpieczonego w równych częściach, a w razie jego braku
 - spadkobiercy Ubezpieczonego zgodnie z zasadami dziedziczenia.
- 13.8. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego lub która zmarła przed Ubezpieczonym.

14. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- 14.1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie.
- 14.2. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, masz prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy nie poinformowaliśmy Cię o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- 14.3. Możesz wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w dowolnym czasie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
- 14.4. Jeśli jesteś konsumentem, a umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość, możesz od niej odstąpić w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
- 14.5. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie możesz nam przekazać w dowolnej formie, tj. na piśmie, a także telefonicznie lub drogą elektroniczną. W przypadku składania oświadczenia na piśmie termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie zostało wysłane przed jego upływem.
- 14.6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

15. Roszczenia zwrotne

- 15.1. Z chwilą wypłaty świadczenia roszczenia Ubezpieczonego względem osób trzecich, odpowiedzialnych za spowodowanie szkody, przechodzą na nas do wysokości wypłaconego świadczenia.
- 15.2. Nie przechodzą na nas roszczenia regresowe (zwrotne) Ubezpieczonego w stosunku do osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- 15.3. Jeśli Ubezpieczony zrzekł się roszczeń o odszkodowanie w stosunku do osoby odpowiedzialnej za szkodę lub wyraził zgodę na jego zmniejszenie, możemy odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć. Jeśli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń przez Ubezpieczonego ujawnił się po wypłacie świadczenia, przysługuje nam prawo do dochodzenia od osoby, której wypłacono świadczenie, zwrotu całości lub stosownej części wypłaconego świadczenia.

16. Sposób dochodzenia roszczeń

- 16.1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, poinformujemy o tym fakcie Ciebie lub Ubezpieczonego, jeżeli nie jesteście osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmiemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Informujemy również osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 16.2. Jeżeli w terminach określonych w pkt 13.5 nie wypłacimy świadczenia, zawiadamiamy pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłacamy bezsporną część świadczenia. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Nasza informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

17. Co rozumiemy przez pojęcia użyte w OWU?

- 17.1. **Centrum Alarmowe** – podmiot zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWU w zakresie świadczeń Ukąszczone przez kleszcza i Hejt w Internecie; Centrum Alarmowe czynne jest 24 godziny na dobę pod numerem telefonu +48 22 599 91 86 (koszt połączenia według taryfy operatora);
- 17.2. **choroba zdiagnozowana** – choroba, która została rozpoznana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza lub lekarza dentyście, przy czym rozpoznanie może być zapisane także w formie akronimu albo pod postacią aktualnie obowiązującego kodu ICD (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- 17.3. **dzień roboczy** – każdy dzień roboczy od poniedziałku do piątku włącznie, nie obejmuje weekendów i dni ustawowo wolnych od pracy.
- 17.4. **konsultacja prawna** – udzielenie informacji o powszechnie obowiązujących przepisach prawa polskiego, o dotychczasowym orzecznictwie oraz o doktrynie w zakresie zgłoszonego przez Ubezpieczonego problemu prawnego; konsultacja prawna nie obejmuje analizy dokumentów;
- 17.5. **koszty leczenia poniesione na leczenie skutków nieszczęśliwego wypadku i niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:**
- pobytu w szpitalu,
 - badania, zabiegów ambulatoryjnych, operacji,
 - wizyt lekarskich,

- d) transportu medycznego Ubezpieczonego do szpitala, ambulatorium;
- 17.6. **koszty rehabilitacji** – koszty poniesione na rehabilitację skutków nieszczęśliwego wypadku zaleconą przez lekarza,
- 17.7. **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu;
- 17.8. **my** – UNIQA TU S.A., czyli Ubezpieczyciel;
- 17.9. **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie powstałe w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną (w tym spowodowane przez zwierzęta, np. pogryzienia przez psa, ukąszenia lub użądlenia), niezależne od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio rodzica Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia, pochylenia, a także zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet jeśli wystąpiły nagle;
- 17.10. **opinia prawna** – udzielenie pisemnej informacji dotyczącej zastosowania obowiązujących norm prawa polskiego w przedstawionym przez Ubezpieczonego stanie faktycznym; opinia prawna obejmuje także weryfikację przedstawionych przez Ubezpieczonego dokumentów w zakresie ich poprawności oraz wskazania zagrożeń prawnych dla Ubezpieczonego;
- 17.11. **Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami, zajmujący się organizacją i świadczeniem usług określonych w OWU w zakresie: organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji, organizacji i pokrycia kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego oraz świadczeń realizowanych w ramach świadczenia Opieka plus; infolinia Partnera Medycznego jest dostępna pod numerem telefonu +48 22 357 40 47 (koszt połączenia według taryfy operatora).
- 17.12. **platforma internetowa** – oznacza aplikację internetową naszego Partnera Medycznego dostępną pod adresem uniqa.telemedi.com, stanowiącą część systemu teleinformatycznego, umożliwiającą Ubezpieczonemu kontakt z lekarzami, którzy świadczą telekonsultacje, a także transfer danych pomiędzy nimi z użyciem środków komunikacji elektronicznej.
- 17.13. **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terenie całego świata spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, który był niezbędny z leczniczego punktu widzenia i został potwierdzony w dokumentacji medycznej oraz rozpoczął się w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej; w rozumieniu tych OWU okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 17.14. **poważne zachorowanie** – jeden z poniżej wymienionych stanów powodujący zaburzenie czynności organizmu lub życiowo ważnego narządu, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej; poważne zachorowanie musi być potwierdzone wymaganą przez prawo dokumentacją medyczną sporządzoną przez lekarza, który posiada nieograniczone prawo wykonywania zawodu i prowadzi leczenie i diagnostykę Ubezpieczonego w zakresie poważnego zachorowania; poważne zachorowania to:
- a) **COVID-19** – ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana wirusem SARS-CoV-2, skutkująca wystąpieniem u Ubezpieczonego przynajmniej jednego z poniższych powikłań:
- ostra niewydolność oddechowa wymagająca tlenoterapii,
 - posocznica;
- wyłączeniu naszej odpowiedzialności podlegają przypadki niewymagające hospitalizacji;
- b) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny bądź też obu tych zaburzeń;
- c) **inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u Ubezpieczonego, przebiegające pod postacią chorób
- o charakterze miejscowym lub uogólnionym; zakresem ubezpieczenia objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa lub ciężkie przypadki zakażeń inwazyjnych pozostawiające trwałe następstwa pod postacią utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażań lub innych ubytków neurologicznych; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie ICHp oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- d) **łagodny guz mózgu** – niezłośliwy rozrost tkanki ograniczony do opon mózgowych, mózgu lub nerwów czaszkowych i znajdujący się wewnątrz mózgowca; guz ten powinien być leczony poprzez:
- usunięcie chirurgiczne lub
 - stereotaktyczną radiochirurgię, lub
 - radioterapię,
 - gamma knife,
- jeśli żadna z wyżej wskazanych opcji leczenia nie jest możliwa ze względów medycznych, guz musi powodować trwałe deficyty neurologiczne, których występowanie udokumentowano przez co najmniej 3 miesiące od dnia rozpoznania; rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii lub neurochirurgii w oparciu o wyniki badań obrazowych i – w miarę możliwości – o wynik badania histopatologicznego; ubezpieczeniem nie jest objęte diagnozowanie i leczenie guzów o typie hamartoma, ziarniniaków, torbieli ani guzów przysadki czy malformacji naczyń w mózgu;
- e) **niewydolność nerek** – nieodwracalne i równoczesne ustanie funkcji obydwu nerek (niewydolność nerek), charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min i wymagające stałej dializy lub przeszczepu nerki; prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30. dnia życia Ubezpieczonego, licząc od dnia rozpoczęcia regularnej dializoterapii lub od dnia dokonania przeszczepu nerki; dializoterapia lub dokonanie przeszczepu nerki muszą być potwierdzone stosowną dokumentacją medyczną;
- f) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby, liczony od dnia jej zdiagnozowania;
- g) **nowotwór złośliwy** – choroba, która objawia się obecnością złośliwego guza, który charakteryzuje się niekontrolowanym rozrostem i rozprzestrzenia złośliwe komórki nowotworowe, a także naciekaniem zdrowych tkanek; do nowotworów zalicza się również białaczki i wszystkie złośliwe nowotwory układu limfatycznego: choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa); rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
- nowotworów łagodnych, w tym odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym,
 - nowotworów nieinwazyjnych i przedinwazyjnych – carcinoma in situ (Tis) w jakimkolwiek stadium, w tym dysplazja szyjki macicy w jakimkolwiek stadium CIN,
 - nowotworu gruczołu krokowego w stadium 1 (T1a, 1b, 1c),
 - odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym,
 - żadnych nowotworów skóry i błony śluzowej,
 - złośliwego czerniaka w stadium 1A (T1a N0 M0),
 - żadnych nowotworów przy współistniejącym zakażeniu HIV;

- prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30. dnia życia Ubezpieczonego, licząc od dnia postawienia diagnozy przez specjalistyczną klinikę lub lekarza specjalistę w zakresie onkologii, na podstawie badania histopatologicznego i przyporządkowania zachorowania do międzynarodowej klasyfikacji nowotworów (TNM);
- h) **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 tych OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie sepsy winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- i) **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne potrzeby, który oceniany według skali śpiączki Glasgow daje wynik 8 albo mniejszy przez co najmniej 96 godzin oraz wymaga użycia systemów podtrzymujących życie i skutkuje utrzymującymi się ubytkami (deficytami) neurologicznymi, które muszą być ocenione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii po upływie co najmniej 30 dni od chwili rozpoczęcia śpiączki; odpowiedzialność ubezpieczyciela nie dotyczy śpiączki wywołanej w celach leczniczych oraz spowodowanej samouszkodzeniem, zatruciem etanolem lub użyciem narkotyków;
- j) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym, mające miejsce w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej; termin ten nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem ani epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- k) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby; dokumentacja medyczna musi być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog), włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia; z odpowiedzialności wyłączone są przypadki utraty słuchu, które mogą być skorygowane przez stosowanie procedur terapeutycznych;
- l) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, która powstała w następstwie niespodziewanej choroby lub wypadku; całkowita utrata wzroku musi być potwierdzona wynikami odpowiednich badań oftalmologicznych i trwać nieprzerwanie przynajmniej 6 tygodni;
- m) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego w aktualnej klasyfikacji ICD (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- n) **zawał serca** – zdiagnozowanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (tropoiny I, tropoiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99.百分yl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- i. typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - ii. jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 17.15. **rodzic Ubezpieczonego** – osoba posiadająca w chwili zajścia nieszczęśliwego wypadku władzę rodzicielską nad Ubezpieczonym lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd; za rodzica uważa się również ojca lub matkę dziecka, które ukończyło 18. rok życia a nie ukończyło 26. roku życia, pomimo ustania władzy rodzicielskiej nad dzieckiem;
- 17.16. **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi, a także działania w warunkach podwyższonego ryzyka, tj. użycia broni białej lub palnej (z wyłączeniem szermierki), przebywania w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe; sporty motorowe i motorowodne, jazda quadami, jazda off road, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu na głębokość większą niż 10 m, sporty spadochronowe, sporty walki, tj.: mieszane sztuki walki (MMA), kick-boxing, krav maga, sambo, boks tajski (muay thai);
- 17.17. **suma ubezpieczenia, suma gwarancyjna** – określona w polisie kwota, stanowiąca górną granicę naszej odpowiedzialności, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, dla którego ta kwota została ustalona;
- 17.18. **szkoda** – szkoda osobowa lub szkoda rzeczowa;
- 17.19. **szkoda osobowa** – szkoda powstała wskutek śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 17.20. **szkoda rzeczowa** – szkoda powstała wskutek utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy, a także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie doszło do utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy;
- 17.21. **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczenia te nie mogą się odbywać w innym miejscu (np. w przychodni czy ambulatorium); za szpital nie uznajemy:
- a) zakładu lecznictwa uzdrowiskowego (m.in. szpitala uzdrowiskowego),
 - b) podmiotu leczniczego lub jego przedsiębiorstwa, które rehabilituje pacjentów – dotyczy to także rehabilitacji uzdrowiskowej, opieki paliatywnej lub hospicyjnej,
 - c) zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,
 - d) zakładu opiekuńczo-leczniczego,
 - e) domu opieki społecznej,
 - f) placówek, które leczą pacjentów z alkoholizmu i innych uzależnień, nawet jeśli podmioty te świadczą całodobowe kompleksowe świadczenia zdrowotne, które polegają na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji;
- 17.22. **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć części mózgu w następstwie wewnątrzmoźgowego krwawienia albo zakrzepu lub zatoru, który zatkał naczynie mózgowo i został wskazany jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub protokole badania sekcyjnego;
- 17.23. **śmierć w następstwie zawału serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania przepływu krwi przez jedną lub kilka tętnic wieńcowych, co zostało wskazane

jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;

- 17.24. **środki pomocnicze** – elementy wspomagające leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku, zalecone przez lekarza: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne, wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze uznajemy również okulary korekcyjne, przy czym zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów naprawy używanych okularów korekcyjnych albo nabycia nowych, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku dojdzie do uszkodzenia lub zniszczenia używanych przez Ubezpieczonego okularów korekcyjnych oraz uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, za które przyjmujemy odpowiedzialność zgodnie z pkt 2.2 lit c);
- 17.25. **Tabela** – tabela uszkodzeń ciała, która stanowi Załącznik nr 1 do tych OWU;
- 17.26. **Ty (Ubezpieczający)** – osoba fizyczna mająca stałe miejsce zamieszkania w Polsce, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do zapłaty składek;
- 17.27. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia, będąca dzieckiem lub młodzieżą, która w chwili zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyła 18. roku życia, lub osoba fizyczna która w chwili zawierania umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 26. roku życia, będąca: uczniem, studentem, doktorantem lub słuchaczem placówki oświatowo-wychowawczej;
- 17.28. **ukąszenie przez kleszcza** – naruszenie tkanki skóry przez kleszcza;
- 17.29. **uraz** – uszkodzenie narządu ruchu, w wyniku którego Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji;
- 17.30. **Usługodawca** – podmiot posiadający odpowiednie kompetencje i uprawnienia umożliwiające świadczenie na rzecz Ubezpieczonego specjalistycznych usług doradczych w związku z realizacją świadczeń pomocy prawnej – adwokat, radca prawny, biegły, rzeczoznawca, tłumacz;
- 17.31. **uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w Tabeli;
- 17.32. **wada wrodzona** – nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga, która doprowadziła do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00–Q99);
- 17.33. **wyczynowe uprawianie sportu** – forma działalności Ubezpieczonego podejmowana dobrowolnie w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych podczas zajęć szkolnych lub pozaszkolnych, jak również w życiu prywatnym lub w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych lub stowarzyszeń;
- 17.34. **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
- kierowca bądź pasażer quada, wyłącznie na drodze publicznej, lub jako kierowca bądź pasażer samochodu, motoroweru, skutera, autobusu, pojazdu szynowego, lub rowerzysta bądź pieszy w rozumieniu prawa o ruchu drogowym;
 - pasażer statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego statku powietrznego.

REKLAMACJE

18. Kiedy możesz złożyć reklamację?

- 18.1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
- 18.2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące

klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

- 18.3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

19. Jak możesz złożyć reklamację?

- 19.1. Reklamację na świadczone przez nas usługi możesz złożyć:
- elektronicznie poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów jako rejestr publiczny prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26.
- 19.2. Złożenie reklamacji niezwłocznie po ustaleniu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
- 19.3. W przypadku gdy nie posiadamy danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, w przypadku osoby prawnej lub spółki nieposiadającej osobowości prawnej – firmę i adres siedziby, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).

20. Jak udzielimy Ci odpowiedzi na reklamację?

- 20.1. Odpowiedzi na reklamację udzielamy na piśmie, w tym mejlowo. Jeżeli jesteś osobą fizyczną i chcesz otrzymać odpowiedź na reklamację mejlowo, poinformuj nas o tym.
- 20.2. Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 20.3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która złożyła reklamację, informujemy o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

21. A co, jeśli nie zgadzasz się z naszą odpowiedzią na reklamację?

- 21.1. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszą odpowiedzią na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- 21.2. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowych

wego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).

21.3. Można również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko nam. Powództwo można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby:

- a) Twojej,
- b) osoby uprawnionej,
- c) spadkobiercy Ubezpieczonego,
- d) spadkobiercy osoby uprawnionej.

21.4. Jeśli jesteś konsumentem, masz także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.

21.5. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

22. Kto może złożyć skargę lub zażalenie?

Podmioty, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z pkt 18–21, mogą złożyć skargę lub zażalenie. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 19, 20.1, 20.2 i 21.4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

23.1. Wszelkie zawiadomienia i wyjaśnienia mogą być dokonywane w rozmowie telefonicznej rejestrowanej i archiwizowanej przez nas, drogą elektroniczną (skan dokumentu) lub w formie pisemnej.

23.2. W sprawach, których nie regulują OWU ani umowa ubezpieczenia, stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

23.3. OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 2/11/06/2024 z 11 czerwca 2024 r.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

Obowiązki informacyjne wynikają z art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, dlatego informujemy, że:

1.1. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: my) ma siedzibę w Warszawie, przy ul. Chłodnej 51, 00-867 Warszawa, i jest wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000271543. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uzyskała zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej oraz działalności reasekuracyjnej zezwoleniem Ministra Finansów z dnia 4 września 2000 r. nr FI/79/AU/1B/98, decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 19 grudnia 2006 r. nr NU/DPL/401/41/58/06/WR oraz decyzją Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 17 grudnia 2008 r. nr DNS/602/75/15/08/JK.

1.2. Umowę ubezpieczenia regulują Ogólne warunki ubezpieczenia szkolnego zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 2/11/06/2024 z 11 czerwca 2024 r.

1.3. Istotą naszych świadczeń jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej, a w razie zaistnienia przewidzianego w umowie zdarzenia wypłacenie świadczenia, a także organizacja, pokrycie kosztów pomocy. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest w poniższym zakresie, w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu:

- a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
- b) następstwa nieszczęśliwych wypadków, udaru mózgu, zawału serca Ubezpieczonego,
- c) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane przez rodzica Ubezpieczonego,
- d) zdrowie Ubezpieczonego,

e) dobro osobiste Ubezpieczonego w postaci dobrego imienia lub prawa do prywatności,

f) odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego w życiu prywatnym, z zastrzeżeniem pkt 2.5,

g) świadczenia zdrowotne,

Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następujące zdarzenia, w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu:

a) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,

b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu, zawału serca,

c) uszkodzenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,

d) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

e) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu nie będący następstwem nieszczęśliwego wypadku,

f) zwrot kosztów leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

g) zwrot kosztów rehabilitacji w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

h) zwrot kosztów nabycia protez, nabycia lub wypożyczenia innych środków pomocniczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

i) śmierć rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

j) zdiagnozowanie poważnego zachorowania,

k) ukąszenie przez kleszcza,

l) organizacja i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci Telekonsultacji,

m) organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego.

Wszelkie wątpliwości oraz szczegóły dotyczące istoty świadczenia możesz wyjaśnić z naszym pracownikiem call center, dzwoniąc pod numer +48 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryfy operatora) bądź odwiedzając stronę internetową uniqa.pl.

1.4. Składka ubezpieczeniowa, która powinna zostać nam zapłacona, wyliczana jest bądź przez doradcę w trakcie trwania rozmowy telefonicznej, naszego agenta ubezpieczeniowego, bądź we własnym zakresie z wykorzystaniem kalkulatora dostępnego na stronie internetowej. Składka wyliczana jest na podstawie deklaracji ryzyka, a w szczególności informacji przekazanych podczas zawierania umowy ubezpieczenia oraz zgodnie z taryfą, z uwzględnieniem aktualnych promocji.

1.5. Składka płatna jest jednorazowo. Składkę należy opłacić w terminie i w sposób określony podczas zawierania umowy ubezpieczenia.

1.6. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie, w którym to okresie, w zamian za zapłacenie składki, zapewniamy ochronę ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z zawartej umowy ubezpieczenia.

1.7. Przysługuje Ci prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia aktualnie przekazywanych informacji – jeżeli jest to termin późniejszy. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia możesz nam przekazać w dowolnej formie, tj. na piśmie, ale także telefonicznie lub elektronicznie. W przypadku składania oświadczenia na piśmie termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia istnieje obowiązek zapłacenia wyłącznie części składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień świadczonej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.

1.8. Koszt połączenia z numerem infolinii Ubezpieczyciela (+48 22 599 95 22) lub naszego Centrum Alarmowego (+48 22 599 91 86), Partnera Medycznego (tel. +48 22 357 40 47) jest ponoszony przez dzwoniącego, zgodnie z taryfą danego operatora.

1.9. Informacja o wysokości składki ustalona w trakcie rozmowy z naszym doradcą, agentem ubezpieczeniowym lub wyliczona przy użyciu kalkulatora dostępnego na stronie uniqa.pl jest aktualna

przez okres 30 dni, nie później jednak niż do dnia wskazanego w ofercie zawarcia umowy ubezpieczenia jako dzień jej ważności, o ile do tego czasu nie nastąpiły istotne zmiany wpływające na szacowanie ryzyka w zakresie danych podanych podczas zawierania umowy ubezpieczenia.

- 1.10. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić do nas skargi, reklamacje i zażalenia. Szczegółowe zasady zgłaszania reklamacji, skarg lub zażeń dostępne są w ogólnych warunkach ubezpieczenia, jak również na stronie uniqa.pl. Możliwe jest również skierowanie pisemnej skargi do Rzecznika Finansowego oraz Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów. Ponadto informujemy, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów zawieranych przez Internet (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE) między konsumentami mieszkającymi w UE a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w UE. Platforma znajduje się na stronie: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
- 1.11. Informujemy, że Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny działa na zasadach określonych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r.

o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

- 1.12. Językiem stosowanym w relacjach z konsumentem jest język polski.
- 1.13. Prawem właściwym, stanowiącym podstawę naszych stosunków z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, jest prawo polskie.
- 1.14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
- 1.15. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane na następujących zasadach: 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; 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.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA USZKODZEŃ CIAŁA

A. USZKODZENIA GŁOWY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) rany skóry owłosionej głowy od 2 do 6 cm długości	1	
b) rany powyżej 6 do 10 cm długości	3	
c) rany powyżej 10 cm długości	8	
d) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25	
2. Złamania kości czaszki:		
a) sklepienia (za każdą kość)	2	
b) podstawy	5	
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:		
a) poniżej 3 cm ²	3	
b) od 3 do 10 cm ²	7	
c) powyżej 10 do 50 cm ²	10	
d) powyżej 50 cm ²	20	
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1	
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2	
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5	
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10	
5. Urazy śródczaszkowe		
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10	
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20	
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30	
d) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60	
e) krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100	
f) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80	
g) zaburzenia mowy związane z urazem czaszkowo-mózgowym – afazja całkowita motoryczna	60	
6. Uszkodzenia nerwów ruchowych:		
a) błoczkowy, dodatkowy, podjęzykowy	2	
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3	
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):		
a) rany skóry twarzy od 2 do 5 cm długości	1	

b) rany skóry twarzy powyżej 5 do 10 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 10 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Utrata zębów stałych	
a) utrata siekaczy i kłów (za każdy ząb)	
i) co najmniej korona	3
ii) utrata częściowa	1
b) utrata pozostałych zębów	
i) co najmniej korona	1
ii) utrata częściowa	0,5
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
10. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
11. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
12. Złamania żuchwy:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
13. Ubytek podniebienia	
15	
14. Urazy języka:	
a) rana języka zaopatrzona chirurgicznie	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
15. Porażenia nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenia gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	

a) bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem) lub koniecznością leczenia okulistycznego z minimum 3 wizytami u specjalisty okulisty	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
17. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
18. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30
19. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15
20. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35
21. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	
	3
22. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	
	40
<p>Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.</p>	
<p>D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (NIE PODLEGAJĄ SUMOWANIU) Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia</p>	
23. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30
24. Uszkodzenia ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu, jednostronne	1

b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50
<p>Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów.</p>	
25. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne	5
b) dwustronne	20
<p>W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.</p>	
<p>E. POURAZOWE USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia</p>	
26. Uszkodzenia gardła, tchawicy leczone operacyjnie	
	7
27. Uszkodzenie krtani:	
a) pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej	5
b) powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej	30
28. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	35
29. Uszkodzenia skóry szyi:	
a) rany skóry do 2 cm długości	0,5
b) rany skóry od 2 do 7 cm długości	1
c) rany skóry powyżej 7 cm długości	3
d) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	2
<p>F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia</p>	
30. Uszkodzenia części miękkich klatki piersiowej, plevców, grzbietu:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
31. Uszkodzenia lub utrata sutka:	
a) rany brodawki	1
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa lub całkowita utrata sutka	15
32. Złamanie żeber:	
a) złamanie 1 żebra	0,5
b) złamania od 2 do 4 żeber	2
c) złamania od 5 do 10 żeber	7
d) złamania powyżej 10 żeber	10

33. Złamania mostka:	
a) bez przemieszczenia, wygojone bez deformacji	1
b) bez przemieszczenia, wygojone z deformacją	2
c) z przemieszczeniem	4
d) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
34. Uszkodzenia płuc i opłucnej:	
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10
d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30
35. Uszkodzenia serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
36. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
37. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
38. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
39. Uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	10
40. Uszkodzenia odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie lub operacyjnie	4
b) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
41. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata całkowita śledziony	15
42. Uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
43. Uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki, przy działającej prawidłowo drugiej nerce	25
e) utrata całkowita nerki, przy działającej z zaburzeniami drugiej nerce	30
f) utrata obu nerek	100
44. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo, operacyjnie	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
45. Uszkodzenia pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
46. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	1
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
47. Uszkodzenia prącia:	
a) rany	2
b) uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	5
c) częściowa utrata prącia	20
d) całkowita utrata prącia	40
48. Uszkodzenia lub utrata jądra, jajnika:	
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
49. Utrata macicy	30
50. Pourazowe uszkodzenia krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) rany skóry	2
b) uszkodzenia mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
51. Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie bez unieruchomienia	1
b) skręcenie z unieruchomieniem	2

c) zwinięcie	4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
e) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
f) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwinięcie	2
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.	
53. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwinięcie	4
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.	
54. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
55. Rozejście się spoiny łonowego	5
56. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10

57. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58. Złamanie panewki stawu biodrowego, zwinięcie:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	5
c) zwinięcie centralne I°	7
d) zwinięcie centralne II°	15
e) zwinięcie centralne III°/IV°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59. Złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	1
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	3
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
ŁOPATKA	
60. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1
OBOJCZYK	
61. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe	5
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	2
62. Zwinięcie, podzwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwinięcie I°	1
b) zwinięcie II°	3
c) zwinięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
63. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (skręcenia, zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie bez repozycji (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	1
c) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	3
d) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone operacyjnie	4
e) uszkodzenia, zerwanie ścięgna, przyczepów barku leczone zachowawczo	2
f) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
g) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	5
h) inne złamania	2
i) złamania leczone protezoplastyką	15
64. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
65. Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ	
66. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe	7
b) złamanie otwarte	10
c) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
67. Izolowane uszkodzenia części miękkich ramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skóry od 2 do 5 cm długości	0,5
b) rany skóry powyżej 5 cm długości	1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego leczone operacyjnie (szycie)	4
d) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
68. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
69. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
70. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie z unieruchomieniem	1
b) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
c) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
71. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	1
72. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamanie otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	3
e) inne złamania	1
73. Izolowane uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórny powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
NADGARSTEK	
75. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcie	5
e) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
f) skręcenie z unieruchomieniem	1
76. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
77. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamanie jednolokalne z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
78. Inne uszkodzenie dłoni i śródręcza:	1
a) rany dłoni i śródręcza powyżej 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	1
b) rany dłoni i śródręcza do 3 cm długości (z wyjątkiem palców)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	5

KCIUK	
79. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata całkowita opuszki	1
a) utrata częściowa opuszki	0,5
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
80. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany powyżej 2 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
81. Utrata w obrębie wskaziciela w zależności od poziomu utraty:	
a) utrata całkowita opuszki	1
b) utrata częściowa opuszki	0,5
c) utrata paliczka paznokciowego	2
d) utrata paliczka środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10
f) utrata wskaziciela z kością śródreżca	11
82. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm długości	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
g) skręcenie z unieruchomieniem	1
h) zwichnięcie	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
83. Palec III, IV i V (w zależności od poziomu utraty):	
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródreżca	9
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	3
h) utrata palca IV z kością śródreżca	4
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1

j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródreżca	4
m) utrata częściowa lub całkowita opuszki, utrata częściowa paliczka paznokciowego (każdy)	0,5
84. Inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V – złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 3 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
vi) skręcenie z unieruchomieniem	1
vii) zwichnięcie	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany powyżej 2 cm długości, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv) skręcenie bez unieruchomienia	0,5
v) skręcenie z unieruchomieniem	1
vi) zwichnięcie	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu amputacji paliczków świadczenie opisane w punktach 80, 82, 84 nie jest należne.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
STAW BIODROWY	
85. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

86. Uszkodzenia stawu biodrowego (złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
87. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	3
88. Inne uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skóry uda lub pośladka do 6 cm długości	1
b) rany skóry uda lub pośladka powyżej 6 cm długości	2
c) uszkodzenia mięśni, ścięgien zaopatrzone chirurgicznie	3
d) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
e) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
KOLANO	
89. Złamania kości tworzących staw kolanowy (dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej, głowy kości strzałkowej i guzowatości piszczeli, kłykcia bocznego oraz przyśrodkowego):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe	10
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
90. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3
91. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) skręcenie z unieruchomieniem	2
b) skręcenie bez unieruchomienia	1
c) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
d) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
h) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4

i) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
92. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
93. Złamania trzonu kości podudzia (kość strzałkowa, kość piszczelowa):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamanie otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe	10
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3
94. Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe	3
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
95. Inne uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skóry powyżej 6 cm długości	2
b) rany skóry do 6 cm długości	1
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone zachowawczo	1
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien leczone operacyjnie	2
h) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	1
96. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
97. Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
98. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe	8
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5

c) inne złamania	3
99. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe	10
b) złamanie jednomiejskowe z przemieszczeniem	8
c) inne złamania	4
100. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
101. Złamania pozostałych kości stępu – za każdą kość śródstopia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe	6
b) złamanie jednomiejskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
102. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamanie otwarte	5
c) złamanie jednomiejskowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	2
103. Inne uszkodzenia okolicy stawu skokowego, stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	1
b) rany do 5 cm długości (okolice stępu, stawu skokowego, śródstopia, grzbietu stopy)	0,5
c) oparzenia powyżej stopnia I – za 1% TBSA	2
d) rany podeszwy stopy	2
104. Utrata stopy w całości	45
105. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
106. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
107. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
108. Uszkodzenia palucha:	
a) częściowa utrata opuszki palucha	0,5
b) całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	10
109. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe	4
b) złamanie jednomiejskowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
110. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
111. Utrata palców stopy II–V bez kości śródstopia (każdy)	2

112. Całkowita utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	1
113. Częściowa utrata opuszki palców stopy II–V (każdy)	0,5
114. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115. Utrata palca V z kością śródstopia	4
116. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, rany, uszkodzenia ścięgien (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
<p>Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców stopy suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.</p>	
M. PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
117. Uszkodzenie częściowe lub całkowite (w zależności od stopnia zaburzeń):	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i) częściowe	5

ii) całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i) częściowe	7
ii) całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
p) nerwu udowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
q) nerwów pośladowych (górnego i dolnego):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i) częściowe	5

ii) całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10
N. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
118. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych	5
O. ODMROŻENIA – II STOPIEŃ ALBO WYŻSZY Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
119. Odmrożenia jednego palca ręki	1
120. Odmrożenia więcej niż jednego palca ręki	3
121. Odmrożenia jednego palca stopy	1
122. Odmrożenia więcej niż jednego palca stopy	3
123. Odmrożenia nosa	3
124. Odmrożenia małżowiny usznej	1
125. Inne odmrożenia nie wymienione powyżej	0,5

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli otrzymują znaczenie określone zgodnie z poniższymi definicjami:

Pobyt w szpitalu – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata. Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia do szpitala, a kończy w momencie wypisania ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.

Rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń), w przypadku kilku ran w obrębie jednego obszaru wielkość ran podlega zsumowaniu.

Złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub jedna linia złamania w obrębie kości).

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami; oparzenia oceniane są wg tablicy Lunda i Browdera.

Unieruchomienie – metoda leczenia urazu polegająca na zastosowaniu, na zlecenie lekarza, opatrunku gipsowego, ortozy, stabilizatora lub szyny ortopedycznej, kołnierza ortopedycznego przez okres co najmniej 10 dni.

Dane kontaktowe

Potrzebujesz pomocy w ramach świadczenia Ukąszenie przez kleszcza lub Hejt w Internecie – skontaktuj się z Centrum Alarmowym

- tel. +48 22 599 91 86
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Potrzebujesz pomocy w ramach świadczenia organizacja i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w postaci telekonsultacji, organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki lub ratownika medycznego lub Opieka plus – skontaktuj się z Partnerem Medycznym

- tel. +48 22 357 40 47
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
- obsluga@telemedi.com

Chcesz zgłosić szkodę

- napisz na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
- wyślij zgłoszenie mejlem na adres: szkody.szkolne@uniqa.pl
- wypełnij formularz zgłoszenia szkody na stronie uniqa.pl

Masz pytania dotyczące ubezpieczenia

- napisz na adres: ubezpieczenia@uniqa.pl
- zadzwoń do nas: tel. +48 22 599 95 22
(koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)

Zgłoszenie reklamacji

- w postaci elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje
- ustnie:
 - telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie
- na piśmie:
 - osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie
 - przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51
 - na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-71235-46013-CSHSF-26

UNIQA jest jedną z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce i Europie. Oferuje ubezpieczenia majątkowe, komunikacyjne i na życie, zarówno dla klientów indywidualnych, jak i grupowych. Specjalizuje się w sprzedaży ubezpieczeń przez agentów oraz online, a także w omnikanalowej sprzedaży ubezpieczeń komunikacyjnych.

To stabilna i wiarygodna firma, za którą stoją liczby:

- obecna w 18 krajach
- 16 mln klientów w Europie
- 5. ubezpieczyciel w Europie Środkowej i Wschodniej
- jedna z największych grup ubezpieczeniowych w Polsce
- 5,5 mln klientów w Polsce
- lider w ubezpieczeniach dla segmentu mieszkalnictwa

Skontaktuj się z nami:

22 599 95 22

* koszt połączenia według taryfy operatora

Centrala
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
www.uniqa.pl

Aby uzyskać więcej informacji, skontaktuj się z agentem.

