



Ogólne warunki ubezpieczenia niekorzystnych następstw planowych zabiegów operacyjnych oraz porodów

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Nr UZ/409/2007 z dnia 26 lipca 2007 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu PZU SA Nr UZ/569/2009 z dnia 29 grudnia 2009 r.

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Ogólne warunki ubezpieczenia niekorzystnych następstw planowych zabiegów operacyjnych oraz porodów, zwane dalej owu, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zwany dalej PZU SA z placówkami medycznymi działającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) lub osobami fizycznymi, zwanymi dalej ubezpieczającym.
2. Na podstawie niniejszych owu umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie następujących ryzyk obejmujących niekorzystne następstwa planowych zabiegów operacyjnych lub porodów:
 - 1) ryzyko powikłań,
 - 2) ryzyko śmierci ubezpieczonego.
3. Każde z ryzyk, o których mowa w ust. 2, może stanowić odrębny przedmiot ubezpieczenia.

§ 2.

1. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w owu.
2. PZU SA zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a owu w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 3.

W sprawach nieuregulowanych w owu mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

Definicje

§ 4.

Przez użyte w owu określenia rozumie się:

- 1) **ciężkie pogorszenie stanu zdrowia** – zwiększenie rozmiarów choroby i wynikające z tego pogorszenie rokowania, wymagające podjęcia niezbędnych działań medycznych, polegających na radykalnej zmianie sposobu leczenia lub znacznego rozszerzenia zakresu leczenia;
- 2) **ciężki uszczerbek na zdrowiu** –
 - a) całkowita i trwała utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia lub
 - b) trwałe i poważne naruszenie względnie utrata funkcji ważnego narządu lub narządów, a zwłaszcza: ślepotą jednooczną, poważne obustronne upośledzenie wzroku, utrata kończyny dolnej co najmniej na poziomie podudzia, utrata ważnego narządu wewnętrznego (np. nerki, płuca), zeszywnienie jednego z dużych stawów (barkowego, łokciowego, biodrowego, kolanowego, skokowego) zwłaszcza w pozycji niekorzystnej, utrata zdolności chwytnej ręki (utrata co najmniej trzech palców ręki w tym kciuka), niedowład lub porażenie obejmujące co najmniej jedną kończynę;
- 3) **dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia (polisa);
- 4) **duże naczynie krwionośne** – tętnica lub żyła, której podwiązanie, zakłipsowanie lub podkucie w przypadku leczenia ich uszkodzenia, mogłoby z medycznego punktu widzenia doprowadzić do wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub zgonu;

- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, nie pozostające w związku z planowym zabiegiem operacyjnym albo porodem, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo zmarł;
- 6) **okres ubezpieczenia** – czas na jaki zawarto umowę ubezpieczenia;
- 7) **owu** – ogólne warunki ubezpieczenia niekorzystnych następstw planowych zabiegów operacyjnych oraz porodów;
- 8) **pierwsza doba pooperacyjna** – doba, która następuje po dobie, w czasie której zakończono zabieg operacyjny. Doba rozpoczyna się o godzinie 0.00 i kończy o godzinie 24.00;
- 9) **pierwsza doba po porodzie** – doba, która następuje po dobie, w czasie której zakończył się poród. Doba rozpoczyna się o godzinie 0.00 i kończy o godzinie 24.00;
- 10) **placówka medyczna** – działający na terytorium RP zakład opieki zdrowotnej lub gabinet lekarski; przez gabinet lekarski rozumie się pomieszczenie, w którym lekarz w ramach wykonywania na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki lekarskiej wykonuje zabiegi operacyjne;
- 11) **planowy zabieg operacyjny** – zabieg operacyjny podejmowany w wyznaczonym wcześniej terminie, gdy ze względu na rodzaj lub stopień zaawansowania patologii będącej wskazaniem do leczenia operacyjnego nie było konieczności niezwłocznego przystąpienia do zabiegu, a odroczenie terminu zabiegu operacyjnego było dopuszczalne i nie stwarzało w tym momencie bezpośredniego i dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem;
- 12) **ponowny zabieg operacyjny** – oznacza podjęcie nowych czynności związanych z zabiegiem operacyjnym po opuszczeniu przez osobę operowaną sali operacyjnej i wiąże się z ponownym znieczuleniem. Nie jest ponownym zabiegiem operacyjnym rozszerzenie lub zmiana zakresu zabiegu w czasie tego samego znieczulenia;
- 13) **poród** – poród, który nastąpił nie wcześniej niż w 23 tygodniu ciąży;
- 14) **powikłanie** – zmiana stanu zdrowia będąca następstwem planowego zabiegu operacyjnego albo porodu, która powstała w związku z zastosowaną techniką chirurgiczną lub procedurami medycznymi zastosowanymi w czasie trwania zabiegu operacyjnego lub porodu. Powikłaniem jest również stan śpiączkowy, który wystąpił w trakcie lub po zakończeniu zabiegu operacyjnego albo porodu. Nie jest powikłaniem powikłanie stwierdzone po zabiegu operacyjnym, a będące normalnym skutkiem rozwoju choroby, z powodu której zabieg został wykonany lub chorób towarzyszących. Przez powikłania rozumie się również:
 - a) pozostawienie w zamkniętych jamach ciała materiału opatrunkowego, instrumentarium lub innego ciała obcego o ile zaistniało bez medycznego uzasadnienia,
 - b) omyłkę w czasie wykonywania planowego zabiegu operacyjnego narządu parzystego, polegającą na dokonaniu operacji narządu strony innej niż planowano, bez medycznego uzasadnienia, o ile skutkowało to utratą narządu lub zaistnieniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu;
- 15) **przyjęcie w trybie ostrego dyżuru lub trybie doraźnym** – przyjęcie do leczenia w placówce medycznej w takich okolicznościach, że ze względu na rodzaj lub stopień zaawansowania patologii istnieje konieczność podjęcia niezwłocznego leczenia w warunkach leczenia zamkniętego, a odroczenie terminu przyjęcia wiązałoby się z dającym się przewidzieć ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem;

- 16) **przyjęcie w trybie planowym** – przyjęcie do leczenia w placówce medycznej w takich okolicznościach, że ze względu na rodzaj lub stopień zaawansowania patologii nie ma konieczności podjęcia niezwłocznego leczenia w warunkach lecznictwa zamkniętego, a odroczenie terminu przyjęcia mogłoby być dopuszczalne i nie stwarzałoby w tym momencie bezpośredniego i dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem;
- 17) **skala ASA** – stosowany powszechnie w anestezjologii system oceniający ryzyko operacyjne związane z prawdopodobieństwem wystąpienia poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim. W systemie tym pacjenta kwalifikuje się na podstawie oceny przedoperacyjnej do jednej z pięciu grup (I–V):
- grupa I – pacjent bez obciążeń schorzeniami dodatkowymi, poddany małemu lub średniemu zabiegowi operacyjnemu,
 - grupa II – pacjent z niezbyt nasiloną chorobą układową, taką jak: stabilne i dobrze kontrolowane nadciśnienie tętnicze, wyrównana cukrzyca, przewlekłe zapalenie oskrzeli w stadium wydolności układu oddechowego, niewielkiego stopnia choroba niedokrwiennej mięśnia sercowego, niedokrwistość, znacznego stopnia otyłość (powyżej 20% należnej masy ciała),
 - grupa III – pacjent z ciężką chorobą układową, która ogranicza jego wydolność lub aktywność np. przebyty zawał serca do 3 miesięcy przed datą wykonania zabiegu operacyjnego, niestabilna dusznica bolesna, ciężkie schorzenie układu oddechowego, nieuregulowana cukrzyca,
 - grupa IV – pacjent z bardzo ciężką chorobą układową, która stanowi o zagrożeniu jego życia np. niewydolność nerek, zastoinowa niewydolność krążenia, organiczna wada serca z cechami ostrej niewydolności krążenia, świeży zawał mięśnia sercowego, niewydolność wątroby, gruczołów dokrewnych,
 - grupa V – pacjent z niewydolnością wielonarządową, w stanie skrajnie ciężkim, u którego z bardzo dużym prawdopodobieństwem nastąpi zgon w ciągu 24 godzin, niezależnie od tego czy zostanie poddany zabiegowi operacyjnemu, czy też nie, np. pacjent z pękniętym tętniakiem aorty i głębokim wstrząsem, pacjent z masywnym zatorem tętnicy płucnej;
- 18) **skala NYHA** – powszechnie stosowana w medycynie klasyfikacja czynnościowa niewydolności serca wg New York Heart Association. Pacjenta można zakwalifikować do jednej z czterech klas (I–IV) w zależności od pojawienia się objawów duszności, bólu w klatce piersiowej, zmęczenia, kołatania serca i stopnia ograniczenia aktywności fizycznej:
- klasa I – podstawowa aktywność nie wywołuje ww. objawów. Nie stwierdza się ograniczeń aktywności fizycznej,
 - klasa II – podstawowa aktywność fizyczna wywołuje ww. objawy. Stwierdza się nieznaczne ograniczenie aktywności fizycznej,
 - klasa III – mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna wywołuje ww. objawy. Stwierdza się umiarkowane ograniczenie aktywności fizycznej,
 - klasa IV – ww. objawy występują nawet w spoczynku. Stwierdza się ciężkie ograniczenie aktywności fizycznej;
- 19) **specjalistyczne techniki chirurgii naczyniowej** – procedury chirurgiczne, których celem jest skuteczne odtworzenie przepływu krwi w uszkodzonym naczyniu krwionośnym. Pojęcie to nie obejmuje szczególnie takich procedur jak podwiązanie, podkucie lub zakłipsowanie naczynia krwionośnego;
- 20) **stan śpiączkowy** – stan polegający na głębokich ilościowych zaburzeniach świadomości, o ile zaistniał skutek ciężkiego uszkodzenia mózgu, do którego doszło w czasie trwania zabiegu operacyjnego lub porodu oraz ujawnił się bezpośrednio po zakończeniu zabiegu operacyjnego lub porodu i utrzymywał się nieprzerwanie do 30 doby pooperacyjnej;
- 21) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia będąca podstawą do ustalania wysokości świadczeń, do których zobowiązuje się PZU SA;
- 22) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana ubezpieczonemu lub uprawnionemu w wysokości uzgodnionej w umowie ubezpieczenia z powodu zaistnienia zdarzenia, za które PZU SA ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową;
- 23) **ubezpieczający** – placówka medyczna lub osoba fizyczna zawierająca z PZU SA umowę ubezpieczenia;
- 24) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia obejmująca ochroną ubezpieczeniową jedną osobę wskazaną w umowie ubezpieczenia;
- 25) **ubezpieczenie zbiorowe** – umowa ubezpieczenia zawarta przez placówkę medyczną na rachunek pacjentów;
- 26) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, która zawarła umowę ubezpieczenia na własny rachunek albo osoba fizyczna na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
- 27) **uprawniony** – osoba wskazana imiennie przez ubezpieczonego jako upoważniona do odbioru należnego świadczenia;
- 28) **wrodzona wada rozwojowa** – patologia ujęta w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w rozdziale „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i abberacje chromosomowe”;
- 29) **zabieg operacyjny** – zabieg medyczny wykonany w placówce medycznej, przez lekarza uprawnionego do jego wykonania, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, przeprowadzony metodą:
- otwartą lub
 - endoskopową, ale tylko taką, która dla uzyskania dostępu operacyjnego wymaga naruszenia ciągłości powłok ciała. Zabiegiem operacyjnym w rozumieniu owu nie są:
 - zabiegi wykonywane metodą endoskopową, w których dochodzi do wprowadzenia instrumentarium drogą naturalnych otworów ciała,
 - zabiegi, które z medycznego punktu widzenia można określić jako techniki radiologii interwencyjnej, w tym zabiegi przezskórne wewnątrznaczyniowe,
 - zabiegi medyczne jak punkcje, biopsje, iniekcje, nakłucia, cewnikowania, zgłębnikowania, kaniulacje, dializy, blokady, wenesekcje, tamponady, wziernikowania;
- 30) **zabieg operacyjny metodą endoskopową** – zabieg operacyjny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwiają czynności, określone w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur;
- 31) **zabieg operacyjny metodą otwartą** – zabieg operacyjny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur;
- 32) **zabieg operacyjny w trybie doraźnym** – zabieg wykonany do 24 godzin od przyjęcia pacjenta w trybie ostrego dyżuru lub w trybie doraźnym celem leczenia patologii która była powodem przyjęcia lub zapobieżenie wystąpieniu powikłań tej patologii w przyszłości;
- 33) **zabieg operacyjny w trybie doraźnym-odroczone** – zabieg wykonany w 2–7 dobie od przyjęcia pacjenta w trybie ostrego dyżuru lub w trybie doraźnym celem leczenia patologii która była powodem przyjęcia lub zapobieżenie wystąpieniu powikłań tej patologii w przyszłości;
- 34) **zabieg operacyjny w trybie odroczone** – zabieg wykonany po upływie 7 doby od przyjęcia pacjenta w trybie ostrego dyżuru lub w trybie doraźnym celem leczenia patologii która była powodem przyjęcia lub zapobieżenie wystąpieniu powikłań tej patologii w przyszłości;
- 35) **zabieg operacyjny ze wskazań nagłych lub pilnych** – zabieg operacyjny podejmowany niezwłocznie ze względu na rodzaj lub stopień zaawansowania patologii będącej wskazaniem do leczenia operacyjnego, tj. gdy istnieje niecierpiąca zwłoki konieczność przystąpienia do zabiegu, a nieuzasadnione odroczenie momentu zabiegu nie jest dopuszczalne i wiązałoby się z bezpośrednim i dającym się przewidzieć ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem;
- 36) **zabieg operacyjny ze wskazań onkologicznych** – zabieg operacyjny wykonywany z powodu stanu chorobowego, który ujęty jest w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w rozdziale „Nowotwory”:
- radykalny** – zabieg operacyjny podjęty z intencją wyleczenia choroby nowotworowej, o ile na podstawie oceny pooperacyjnej, w tym badania histopatologicznego można uznać, że intencja została zrealizowana poprzez wykonanie resekcji radykalnej,
 - paliatywny** – zabieg operacyjny podjęty z intencją wyleczenia, ale na podstawie oceny pooperacyjnej można stwierdzić, że zamiar nie został zrealizowany, ponieważ resekcja nie miała charakteru radykalnego,

- c) **objawowy** – zabieg operacyjny, którego celem jest jedynie złagodzenie objawów choroby nowotworowej lub zapobieżenie ich rozwojowi w najbliższej przyszłości,
 - d) **zwiadowczy lub diagnostyczny** – zabieg operacyjny, podjęty w celu ustalenia właściwego rozpoznania lub ustalenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej;
- 37) **zabieg operacyjny ze wskazań urazowych** – zabieg operacyjny wykonany celem leczenia następstw obrażeń ciała ujętych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w rozdziałach „Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych” lub „Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu”;
- 38) **zabieg operacyjny ze wskazań życiowych** – zabieg operacyjny podejmowany:
- a) ze wskazań nagłych lub pilnych, w sytuacji stanu bezpośredniego zagrożenia życia,
 - b) ze wskazań planowych, z powodu przewlekłego stanu chorobowego np. nowotworu złośliwego, w sytuacji gdy ryzyko zgonu w przypadku podjęcia się zabiegu operacyjnego jest zbliżone do ryzyka zgonu wynikającego z samego przebiegu choroby będącej wskazaniem do wykonania tego zabiegu;
- 39) **zakład opieki zdrowotnej** – szpital bądź inny działający na terytorium RP zakład spełniający warunki określone w ustawie z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zatrudniający 24 godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym; zakład opieki zdrowotnej nie oznacza: domów opieki, hospicjów, zakładów opiekuńczo-leczniczych, sanatoriów, szpitali sanatoryjnych ani szpitali uzdrowiskowych;
- 40) **zakończenie zabiegu operacyjnego** – czas, w którym pacjent opuścił salę operacyjną lub wydzieloną salę zabiegową, po wykonanym planowym zabiegu operacyjnym;
- 41) **wykazanie porodu** – czas urodzenia się dziecka (w przypadku ciąży pojedynczej) lub ostatniego z dzieci (w przypadku ciąży mnogiej);
- 42) **zgon noworodka** – zgon noworodka wyłącznie żywo urodzonego, którego waga urodzeniowa wynosi 2500g lub powyżej, o ile przyczyną zgonu nie była wrodzona wada rozwojowa;
- 43) **żywe urodzenie** – urodzenie noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim urodzeniu oddycha bądź wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 5.

1. Przedmiotem ubezpieczenia są niekorzystne następstwa planowych zabiegów operacyjnych lub porodów wymienione w owu.
2. Warunkiem odpowiedzialności PZU SA za niekorzystne następstwa zabiegów operacyjnych lub porodów, o których mowa w ust. 1, jest przeprowadzenie planowego zabiegu operacyjnego lub porodu u pacjenta przyjętego do placówki medycznej w trybie planowym.
3. Odpowiedzialnością PZU SA objęty jest również zabieg operacyjny albo poród, który był planowany we wcześniej wyznaczonym terminie, jednak z uwagi na nagłe pogorszenie stanu zdrowia nastąpiło jego przyspieszenie i zabieg został wykonany po przyjęciu do placówki medycznej w trybie ostrego dyżuru lub w trybie doraźnym pod warunkiem, że zabieg operacyjny albo poród nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i był zabiegiem tego samego rodzaju, jaki był wcześniej planowany.
4. Jeżeli nie określono szczegółowo w § 11 w Tabelach (1–9), świadczenie z tytułu wystąpienia powikłań po planowym zabiegu operacyjnym lub porodzie wypłaca się pod warunkiem, że nastąpiło ono w ciągu 1 roku od daty przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub porodu objętego umową ubezpieczenia.
5. Świadczenie z tytułu pozostawienia w zamkniętych jamach ciała materiału opatrunkowego lub instrumentarium wypłaca się pod

warunkiem, że wykrycie tego materiału opatrunkowego lub instrumentarium nastąpiło najpóźniej w 24 miesiącu od dnia przeprowadzenia zabiegu operacyjnego albo porodu.

6. W przypadku śmierci ubezpieczonego PZU SA przyjmuje odpowiedzialność niezależnie od tego czy śmierć pozostaje w związku z zastosowaną techniką chirurgiczną lub procedurami medycznymi zastosowanymi w trakcie trwania zabiegu lub porodu, czy też była normalnym skutkiem rozwoju patologii towarzyszących lub patologii, z powodu której zabieg był wykonany pod warunkiem jednak, że śmierć nastąpiła w trakcie wykonywania zabiegu lub po zabiegu do końca 7 doby pooperacyjnej albo w trakcie porodu lub do końca 7 doby po porodzie.
7. U pacjenta po planowym zabiegu operacyjnym lub porodzie, u którego wystąpił stan śpiączkowy, świadczenie z tytułu śmierci przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła do końca 30 doby pooperacyjnej lub 30 doby po porodzie.

§ 6.

Ubezpieczenie obejmuje niekorzystne następstwa planowych zabiegów operacyjnych lub porodów, które miały miejsce w placówkach medycznych na terytorium RP.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7.

1. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za niekorzystne następstwa planowych zabiegów operacyjnych lub porodów, które powstały w związku lub w następstwie:
 - 1) usuwania ciąży, chyba że przerywanie ciąży przeprowadzane jest w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia kobiety lub dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu bądź gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego,
 - 2) przyjęcia pacjenta do leczenia, które nastąpiło w trybie ostrego dyżuru, trybie doraźnym lub zabiegu operacyjnego jakiemu pacjent poddany został w trybie doraźnym, doraźnym-odroczone, odroczone lub jeżeli zabieg ten nastąpił ze wskazań nagłych, pilnych lub życiowych, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3,
 - 3) zabiegu operacyjnego, który był wykonany ze wskazań urazowych w czasie do 30 dni od daty, w której zaistniały obrażenia ciała, będące wskazaniem do przeprowadzenia zabiegu,
 - 4) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania lub popełnienia przestępstwa.
2. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku niekorzystnych następstw zabiegów operacyjnych ze wskazań onkologicznych: paliatywnych, objawowych, zwiadowczych lub diagnostycznych.
3. Nie są objęte odpowiedzialnością PZU SA niekorzystne następstwa ponownych zabiegów operacyjnych, które wykonywano w celu leczenia powikłań, za które przyjęto już wcześniej odpowiedzialność.
4. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci, zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
5. W ubezpieczeniu zbiorowym zawierany przez placówki medyczne na rzecz swoich pacjentów – w sytuacji gdy istnieje możliwość wcześniejszej kwalifikacji pacjenta według skali ASA lub NYHA – PZU SA nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci w trakcie lub po zabiegu operacyjnym albo w trakcie lub po porodzie o ile zabieg operacyjny lub poród dotyczył osoby, którą można było wcześniej z medycznego punktu widzenia zakwalifikować do III, IV, V grupy w skali ASA lub do III, IV klasy w skali NYHA.

Suma ubezpieczenia

Rodzaje świadczeń

§ 8.

1. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.
2. Sumy ubezpieczenia dla poszczególnych ryzyk wymienionych w §1 ust. 2 określane są przez PZU SA w uzgodnieniu z ubezpieczającym

i mogą wynosić od 5.000 zł do 100.000 zł na jeden planowy zabieg operacyjny oraz poród.

3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający za zgodą PZU SA może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia powoduje konieczność zapłaty dodatkowej składki.
5. Za niekorzystne następstwa planowych zabiegów operacyjnych lub porodów mających miejsce do dnia następnego po zmianie sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia PZU SA ponosi odpowiedzialność na warunkach umowy dotychczasowej.

§ 9.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie obejmującym jeden lub więcej z następujących działów medycyny:

- 1) Ortopedia,
- 2) Chirurgia ogólna (z wyłączeniem zabiegów operacyjnych dotyczących układu tętniczego),
- 3) Chirurgia naczyniowa (dotyczy wyłącznie zabiegów na układzie tętniczym),
- 4) Urologia,
- 5) Laryngologia,
- 6) Okulistyka,
- 7) Chirurgia plastyczna,
- 8) Ginekologia,
- 9) Położnictwo.

§ 10.

W ubezpieczeniu zawartym w zakresie ryzyka śmierci zaistniałej w trakcie lub po planowym zabiegu operacyjnym lub porodzie wysokość świadczenia wynosi 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie.

§ 11.

1. W ubezpieczeniu zawartym w zakresie ryzyka powikłań obowiązują następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia, za pozostawienie w zamkniętych jamach ciała materiału opatrunkowego, instrumentarium lub innego ciała obcego, o ile zaistniało bez medycznego uzasadnienia,
 - 2) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, za omyłkę w czasie wykonywania planowego zabiegu operacyjnego narządu parzystego, polegającą na dokonaniu operacji narządu strony innej niż planowano, bez medycznego uzasadnienia, o ile skutkowało to utratą narządu lub zaistnieniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
 - 3) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za wystąpienie stanu śpiączkowego,
 - 4) świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia wyłącznie za wymienione w poniższych Tabelach (1–9) rodzaje powikłań:

Tabela 1.

Ortopedia
a) Głębokie zakażenie pooperacyjne w miejscu operowanym, dotyczące kości lub stawu, gdy przyczyny zakażenia nie można doszukać się wśród przyczyn chorobowych istniejących po stronie pacjenta.
b) Uszkodzenie dużej tętnicy lub dużej żyły, które doprowadziło do konieczności wykonania do 14 doby pooperacyjnej: amputacji co najmniej trzech palców ręki w tym kciuka lub amputacji kończyny dolnej co najmniej na wysokości podudzia lub które wymagało wykonania do 14 doby pooperacyjnej drugiego zabiegu operacyjnego z zastosowaniem specjalistycznego zaopatrzenia naczyń techniką chirurgii naczyniowej.
c) Trwałe uszkodzenie pnia nerwu kulszowego, potwierdzone badaniami neurofizjologicznymi i powodujące deficyt ruchowy, o ile objawy tego uszkodzenia ujawniły się bezpośrednio po zabiegu operacyjnym i utrzymywały się ponad 6 miesięcy.
d) Trwałe uszkodzenie pnia nerwu promieniowego, potwierdzone badaniami neurofizjologicznymi i powodujące deficyt ruchowy, o ile objawy ujawniły się bezpośrednio po zabiegu operacyjnym i utrzymywały się ponad 6 miesięcy.
e) Zatorowość płucna o ile była leczona podczas ponownego zabiegu operacyjnego do 21 doby pooperacyjnej.
f) Uszkodzenie dużych naczyń przestrzeni zaotrzewnowej, o ile leczone było w czasie ponownego zabiegu operacyjnego do 14 doby po zabiegu, z zastosowaniem specjalistycznych technik chirurgii naczyniowej.

Tabela 2.

Chirurgia ogólna
a) Uszkodzenie głównej drogi żółciowej (przewodu żółciowego wspólnego lub przewodu wątrobowego wspólnego), o ile leczone było w czasie ponownego zabiegu operacyjnego lub poprzez zastosowanie terapeutycznych technik endoskopowych – do 21 doby pooperacyjnej.
b) Martwica jądra, która wymagała jego usunięcia (orchidectomii) do 21 doby pooperacyjnej.
c) Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, o ile było leczone do 14 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.
d) Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych żylnych, o ile doszło do bolesnego sinicznego obrzęku kończyny w trakcie trwania tej samej hospitalizacji.
e) Pełnościennie uszkodzenie pęcherza moczowego, o ile było leczone w czasie ponownego zabiegu operacyjnego, wykonanego do 14 doby pooperacyjnej.
f) Uszkodzenie moczowodu, o ile było leczone podczas kolejnego zabiegu operacyjnego do 14 doby pooperacyjnej.
g) Porażenie lub niedowład jednej lub obu strun głosowych po uszkodzeniach nerwów krtaniowych, o ile leczenie tego stanu związane było z wykonaniem tracheostomii, arytenoidectomii lub chordectomii.
h) Uszkodzenie tętnicy udowej lub żyły udowej, o ile do 7 doby pooperacyjnej spowodowało konieczność wykonania amputacji na poziomie co najmniej podudzia lub o ile było do 7 doby pooperacyjnej leczone w czasie ponownego zabiegu operacyjnego z wykonaniem specjalistycznego zaopatrzenia technikami chirurgii naczyniowej.
i) Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych przestrzeni zaotrzewnowej, o ile było leczone do 14 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego z zastosowaniem specjalistycznych technik chirurgii naczyniowej.
j) Zwężenie kanału odbytu, o ile było leczone zabiegiem operacyjnym naprawczym odbytu.
k) Nietrzymanie stolca, o ile było leczone zabiegiem operacyjnym naprawczym odbytu.
l) Całkowite rozejście się rany operacyjnej, o ile było leczone w czasie ponownego zabiegu operacyjnego w okresie do końca 3 doby pooperacyjnej.
m) Pełnościennie uszkodzenie dwunastnicy, o ile było leczone do 21 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.
n) Krwotok pooperacyjny, o ile był leczony do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego, który skutkował całkowitym usunięciem śledziony.
o) Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia lub ramienia, o ile zaistniała do końca 14 doby pooperacyjnej.
p) Amputacja kończyny dolnej na poziomie uda, o ile zaistniała do końca 7 doby pooperacyjnej.
r) Niedowład kończyny lub kończyn dolnych spowodowany niedokrwiennym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, o ile zostanie rozpoznany w czasie tej samej hospitalizacji.

Tabela 3.

Chirurgia naczyniowa
a) Pełnościennie uszkodzenie przewodu pokarmowego, o ile było leczone do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.
b) Pełnościennie uszkodzenie pęcherza moczowego, o ile było leczone w czasie ponownego zabiegu operacyjnego, wykonanego do 14 doby pooperacyjnej.
c) Uszkodzenie moczowodu, o ile było leczone podczas kolejnego zabiegu operacyjnego do 14 doby pooperacyjnej.
d) Całkowite rozejście się rany operacyjnej, o ile było leczone w czasie ponownego zabiegu operacyjnego w okresie do końca 3 doby pooperacyjnej.
e) Pełnościennie uszkodzenie dwunastnicy, o ile leczone było do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.

- f) Krwotok pooperacyjny, o ile był leczony do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego, który skutkował całkowitym usunięciem śledziony.
- g) Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia lub ramienia, o ile zaistniała do końca 14 doby pooperacyjnej.
- h) Amputacja kończyny dolnej na poziomie uda po wykonaniu pomostu aortalno-biodrowego jednostronnego lub aortalno-udowego jednostronnego, o ile zaistniała dokońca 5 doby pooperacyjnej.
- i) Odcinkowa martwica jelita grubego z koniecznością wyłonienia sztucznego odbytu na brzuchu, o ile zaistniała w czasie tej samej hospitalizacji.
- j) Niedowład kończyny lub kończyn dolnych spowodowany niedokrwiennym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, o ile zostanie rozpoznany w czasie tej samej hospitalizacji.

Niekorzystne następstwa innych zabiegów naczyniowych objętych ubezpieczeniem

- k) Przemieszczenie sztucznego materiału wszczepionego techniką śródnaczyniową lub uszkodzenie zastosowanego wewnątrz naczynia instrumentarium, o ile wymagało wykonania powtórnego zabiegu operacyjnego z nacięciem tętnicy, w trakcie tej samej hospitalizacji.

Tabela 4.

Urologia

- a) Uszkodzenie żyły głównej dolnej lub aorty, o ile było leczone do 14 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego z zastosowaniem specjalistycznych technik chirurgii naczyniowej.
- b) Pełnościenne uszkodzenie przewodu pokarmowego, o ile było leczone do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.
- c) Krwotok pooperacyjny, o ile był leczony do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego, który skutkował całkowitym usunięciem śledziony.

Niekorzystne następstwa innych zabiegów z zakresu urologii objęte ubezpieczeniem

- d) Pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego, o ile wymagało zabiegu operacyjnego po elektroresekcji z powodu łagodnego przerostu prostaty, w trakcie tej samej hospitalizacji.
- e) Urwanie instrumentarium (np. koszyka) w czasie zabiegu ureterorenoskopii, wymagające zabiegu operacyjnego do 14 doby po zabiegu.
- f) Przerwanie ciągłości moczowodu w czasie zabiegu ureterorenoskopii wymagające zabiegu operacyjnego do 14 doby po zabiegu.

Tabela 5.

Laryngologia

- a) Masywny krwotok pooperacyjny wymagający podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego.
- b) Pełnościenne uszkodzenie przełyku, o ile było leczone do 14 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.
- c) Płynotok nosowy lub uszny leczony do 12 miesięcy w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.
- d) Całkowite obwodowe porażenie nerwu twarzowego (nie dotyczy operacji odtwórczych nerwu twarzowego i operacji z powodu porażenia typu Bella) jeżeli w ciągu 6 miesięcy po planowym zabiegu nie nastąpi poprawa.
- e) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych lub mózgu stwierdzone do 14 dni od planowego zabiegu operacyjnego.
- f) Występująca bezpośrednio po planowym zabiegu operacyjnym całkowita utrata wzroku, wynikająca z pogorszenia ostrości wzroku co najmniej o 0,4 (4/10) po korekcji szklami, nie ulegająca poprawie do 6 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- g) Posocznica (zakażenie krwi) do 14 doby po planowym zabiegu operacyjnym wymagająca intensywnego leczenia w warunkach szpitalnych.

Tabela 6.

Okulistyka

- a) Zapalenie wnętrza gałki ocznej wymagające w ciągu 30 dni po planowym zabiegu operacyjnym leczenia, w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego.
- b) Zapalenie wnętrza gałki ocznej skutkujące usunięciem gałki ocznej do 12 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- c) Występująca bezpośrednio po planowym zabiegu operacyjnym całkowita utrata wzroku, wynikająca z pogorszenia ostrości wzroku co najmniej o 0,4 (4/10) po korekcji szklami, nie ulegająca poprawie do 6 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- d) Perforacja gałki ocznej do 14 doby po planowym zabiegu operacyjnym wymagająca leczenia w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego.
- e) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo rdzeniowych lub mózgu stwierdzone do 14 dni po planowym zabiegu operacyjnym.
- f) Jaskra wtórna leczona w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego do 12 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- g) Posocznica (zakażenie krwi) do 14 doby po planowym zabiegu operacyjnym wymagająca intensywnego leczenia w warunkach szpitalnych.

Tabela 7.

Chirurgia plastyczna

- a) Występująca bezpośrednio po planowym zabiegu operacyjnym całkowita utrata wzroku, wynikająca z pogorszenia ostrości wzroku co najmniej o 0,4 (4/10) po korekcji szklami, nie ulegająca poprawie do 6 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- b) Zropienie implantu (protezy) piersi do 6 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym z następowym usunięciem protezy piersi.
- c) Martwica skóry głowy przekraczająca powierzchnię 4cm², wymagająca leczenia w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego do 6 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- d) Martwica skóry przekraczająca 100cm² powierzchni ciała (z wyłączeniem głowy), wymagająca leczenia w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego do 6 miesięcy po planowym zabiegu operacyjnym.
- e) Masywny krwotok z nosa wymagający podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej w trakcie ponownego zabiegu operacyjnego.
- f) Zator tłuszczowy płuc wymagający specjalistycznego leczenia w warunkach szpitalnych.
- g) Posocznica (zakażenie krwi) do 14 doby po planowym zabiegu operacyjnym wymagająca intensywnego leczenia w warunkach szpitalnych.

Tabela 8.

Ginekologia

- a) Pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego, o ile było leczone w czasie ponownego zabiegu operacyjnego, wykonanego do 14 doby pooperacyjnej.
- b) Przetoka moczowodowo-pochwowa, pęcherzowo-pochwowa lub pęcherzowo-maciczna, jeżeli jej ujawnienie nastąpiło do 14 doby po zabiegu operacyjnym.
- c) Uszkodzenie moczowodu, o ile było leczone podczas kolejnego zabiegu operacyjnego do 14 doby pooperacyjnej.
- d) Całkowite rozejście się rany operacyjnej, o ile było leczone podczas kolejnego zabiegu operacyjnego w okresie do końca 3 doby pooperacyjnej.
- e) Pełnościenne uszkodzenie przewodu pokarmowego, o ile było leczone do 7 doby pooperacyjnej w czasie ponownego zabiegu operacyjnego.

Tabela 9.

Położnictwo
a) Krwotok z macicy po porodzie siłami natury lub po cięciu cesarskim, o ile skutkowało usunięciem macicy do 3 doby po porodzie.
b) Przebiecie ściany macicy podczas zabiegu wyłęczekowania resztek błon płodowych i łożyska, po porodzie o ile skutkowało wykonaniem zabiegu operacyjnego do 7 doby po porodzie.
c) Przetoka pęcherzowo-maciczna po cięciu cesarskim (dotyczy operacji planowej w nie powikłanej i donoszonej ciąży) o ile jej ujawnienie nastąpiło do 14 doby po porodzie.
d) Pęknięcie macicy w czasie porodu siłami natury, o ile było leczone w czasie zabiegu operacyjnego, który skutkowało usunięciem macicy do 7 doby po porodzie.
e) Uszkodzenie moczowodu, o ile było leczone podczas kolejnego zabiegu operacyjnego do 14 doby pooperacyjnej.

2. W przypadku zabiegów operacyjnych z zakresu położnictwa PZU SA wypłaca również świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia za zgon noworodka do końca 7 doby po porodzie.

§ 12.

Niezależnie od świadczeń objętych umową, PZU SA zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazd na terytorium RP do wskazanych przez PZU SA lekarzy lub na obserwację kliniczną oraz koszty badań lekarskich zleconych przez wskazanych przez PZU SA lekarzy, wymaganych dla uzasadnienia zgłoszonych roszczeń.

Umowa ubezpieczenia

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 13.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie indywidualnej lub zbiorowej na wniosek ubezpieczającego na podstawie podanych przez ubezpieczającego okoliczności.
- Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA zapytuje w formularzu oferty (wniosku) albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
- W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany jest zawiadomić PZU SA o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 2, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
- W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 2 i 3 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
- PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2–4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2–4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 14.

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza wystawieniem dokumentu ubezpieczenia.

§ 15.

- Umowę ubezpieczenia indywidualnego zawiera się na wskazany przez ubezpieczającego planowy zabieg operacyjny lub poród, który odbędzie się w okresie nie dłuższym niż 1 rok od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubez-

pieczający obowiązany jest do poinformowania ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia.

- W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.
- Odpowiedzialnością PZU SA w ubezpieczeniu indywidualnym objęte są wyłącznie niekorzystne następstwa wskazanego w polisie planowego zabiegu operacyjnego lub porodu.
- Odpowiedzialność PZU SA w ubezpieczeniu indywidualnym rozpoczyna się z chwilą rozpoczęcia planowego zabiegu operacyjnego albo porodu, pod warunkiem wcześniejszego zawarcia umowy ubezpieczenia i zapłacenia składki.
- W przypadku ubezpieczenia indywidualnego ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - z chwilą śmierci ubezpieczonego,
 - z chwilą zakończenia planowego zabiegu lub zakończenia porodu,
 - z dniem odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - z dniem rozwiązania umowy za porozumieniem stron,
 - z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 26.

§ 16.

- Umowę ubezpieczenia zbiorowego zawiera się na czas nieokreślony, okres roczny lub krótszy od roku.
- Przy umowie ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony – o ile postanowienia umowy nie stanowią inaczej – ubezpieczający jest obowiązany podać PZU SA, przed upływem bieżącego rocznego okresu odpowiedzialności PZU SA, liczbę osób zgłaszanych do ubezpieczenia na rok następny, zakres ubezpieczenia i wysokość sum ubezpieczenia.
- Umowę ubezpieczenia zbiorowego zawiera się na rachunek imiennie wyszczególnionych w niej osób lub w formie bezimienną tzn. na rachunek ogółu pacjentów poddawanych planowym zabiegom operacyjnym lub odbywającym poród. Formę bezimienną stosuje się pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób, których dotyczy ryzyko powikłań wymienionych w co najmniej jednej z Tabel 1–9. Ubezpieczający jest wówczas zobowiązany prowadzić imienną ewidencję ubezpieczonych z podziałem według rodzajów i ilości zabiegów operacyjnych oraz porodów i udostępniać ją do wglądu na żądanie PZU SA.
- Odpowiedzialność PZU SA w ubezpieczeniu zbiorowym rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia i zapłaceniu składki, nie wcześniej jednak niż w dniu rozpoczęcia zabiegu operacyjnego lub porodu.

§ 17.

- W przypadku ubezpieczenia zbiorowego ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia,
 - z dniem odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - z dniem rozwiązania umowy za porozumieniem stron,
 - z chwilą:
 - zakończenia wykonywania zabiegu operacyjnego,
 - zakończenia porodu,
 - z dniem doręczenia oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie,
 - z upływem 7 dni od dnia otrzymania od PZU SA pisma z wezwaniem do zapłaty kolejnej raty składki wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni spowoduje ustanie odpowiedzialności,
 - z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w ust. 4 albo w § 26,

- 8) z chwilą śmierci ubezpieczonego.
- Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
 - Umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
 - Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony nie zostanie wypowiedziana przed końcem bieżącego rocznego okresu odpowiedzialności z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, przyjmuje się, iż została ona przedłużona na następny okres roczny. W przypadku braku wypowiedzenia umowy w przewidzianym w zdaniu poprzedzającym terminie lub nie opłaceniu składki na następny roczny okres odpowiedzialności – w trybie przewidzianym w § 21 – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem okresu, za który była opłacona składka.
 - Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na czas oznaczony ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

§ 18.

- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, jeżeli odstąpienie następuje przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

Składka za ubezpieczenie

§ 19.

Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 20.

Wysokość składki ubezpieczeniowej ustala się w zależności od:

- sumy ubezpieczenia,
- zakresu ubezpieczenia,
- rodzaju umowy,
- działu medycyny, z zakresu którego wykonany jest zabieg operacyjny,
- liczby planowych zabiegów operacyjnych lub porodów.

§ 21.

- Składkę ubezpieczeniową w przypadku umowy zbiorowej zawieranej przez placówki medyczne oblicza się biorąc pod uwagę zadeklarowaną przez placówkę medyczną liczbę planowych zabiegów operacyjnych lub porodów w okresie ubezpieczenia.
- Składka, o której mowa w ust. 1 jest składką zaliczkową. Ostateczne rozliczenie składki następuje:
 - w przypadku umów zawartych na okres jednego roku lub okres krótszy od roku – bezpośrednio po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia po uprzednim podaniu przez ubezpieczającego liczby wykonanych planowych zabiegów operacyjnych lub porodów w okresie trwania umowy ubezpieczenia;
 - w przypadku umów zawartych na czas nieokreślony – po upływie rocznego okresu odpowiedzialności PZU SA, o którym mowa w § 16 ust. 2.
- Ubezpieczający zobowiązany jest prowadzić ewidencję przeprowadzonych planowych zabiegów operacyjnych lub porodów i udostępnić ją do wglądu na żądanie PZU SA.

§ 22.

Składka nie podlega indeksacji.

§ 23.

Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej obciąża ubezpieczającego.

§ 24.

- Składkę ubezpieczający opłaca jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, chyba że w umowie określono inny tryb i terminy.
- Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
- Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie przelewu bankowego, za datę zapłaty składki uważa się datę złożenia zlecenia zapłaty w banku na właściwy rachunek PZU SA pod warunkiem, że na rachunku ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość wolnych środków. W innym przypadku za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się datę, w której pełna kwota składki ubezpieczeniowej znalazła się na rachunku PZU SA w taki sposób, że mógł nią dysponować.

§ 25.

- W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki.
- Zwrot składki, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje w przypadku zaistnienia w okresie ubezpieczenia planowego zabiegu operacyjnego lub porodu, którego następstwa objęte są ochroną ubezpieczeniową.

§ 26.

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

Postępowanie w razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością

§ 27.

- W razie ujawnienia się skutków planowego zabiegu operacyjnego albo porodu objętego odpowiedzialnością PZU SA ubezpieczony lub uprawniony ubiegający się o przyznanie świadczenia zobowiązany jest:
 - zawiadomić PZU SA o zaistnieniu zdarzenia objętego odpowiedzialnością PZU SA i dostarczyć:
 - dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia zdarzenia,
 - przedłożyć dokumentację medyczną niezbędną do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia,
 - przedłożyć na życzenie PZU SA inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia,
 - umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności wymienionych w pkt. 1, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują nad ubezpieczonym opiekę medyczną,
 - na zlecenie PZU SA ubezpieczony powinien poddać się badaniu wykonywanemu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy, dodatkowym badaniom medycznym lub obserwacji klinicznej.
- W przypadku gdy stan zdrowia ubezpieczonego nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie i wymaga sprawowania nad ubezpieczonym stałej opieki i jeżeli stan taki jest konsekwencją zabiegu operacyjnego lub porodu objętego odpowiedzialnością PZU SA – obowiązek przedstawienia dokumentacji medycznej określającej stan zdrowia ubezpieczonego spoczywa na osobie, o której mowa w § 28.

§ 28.

W razie śmierci ubezpieczonego – uprawniony wskazany imiennie zobowiązany jest przedłożyć do wglądu dodatkowo odpis skrócony aktu zgonu oraz dokument stwierdzający tożsamość uprawnionego, a w przypadku braku uprawnionego – występujący o wypłatę świadczenia członek rodziny obowiązany jest przedłożyć również dokument stwierdzający pokrewieństwo z ubezpieczonym.

§ 29.

PZU SA zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dowodów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

Ustalanie i wypłata świadczenia

§ 30.

1. Zasadność roszczenia ustala się po potwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy planowym zabiegiem operacyjnym lub porodem a niekorzystnymi następstwami objętymi umową ubezpieczenia, których rodzaj został wymieniony w owu.
2. Ustalenie związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz rodzaju i wysokości przysługującego świadczenia następuje na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego lub uprawnionego dokumentacji medycznej, o której mowa w § 27.
3. Świadczenie z tytułu omyłki w rozumieniu § 4 pkt. 14 ppkt b owu oraz z tytułu pozostawienia w zamkniętych jamach ciała materiału opatrunkowego lub instrumentarium przysługuje niezależnie od świadczenia z tytułu powikłań.
4. W przypadku zaistnienia dwóch lub więcej rodzajów powikłań w wyniku jednego planowego zabiegu operacyjnego oraz porodu, PZU SA wypłaca jedno wyższe świadczenie – tylko za jedno powikłanie.

§ 31.

1. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu (w odniesieniu do nieletnich – prawnemu opiekunowi) lub uprawnionemu, o którym mowa w § 4 pkt. 27.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany uprawnionego. W przypadku, gdy ubezpieczony zmarł i nie wskazał uprawnionego, świadczenie przysługuje członkowi rodziny według następującej kolejności:
 - 1) małżonek, pod warunkiem że nie pozostaje z ubezpieczonym w orzeczonej separacji,
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) inni krewni powołani do dziedziczenia z ustawy.

§ 32.

PZU SA wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

§ 33.

1. PZU SA po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę uprawnioną z umowy ubezpieczenia jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. PZU SA obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości

świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU SA powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

4. Jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 PZU SA nie wypłaca świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PZU SA informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza tą osobę o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. PZU SA udostępnia osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA.
7. Na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia PZU SA zobowiązany jest udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 34.

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi bądź zażalenia dotyczącego wykonania przez PZU SA umowy ubezpieczenia. Adresatem skargi lub zażalenia, właściwym do ich rozpatrzenia, jest jednostka organizacyjna nadzorująca jednostkę, której skarga lub zażalenie dotyczy. Skargę lub zażalenie składa się na piśmie za pośrednictwem jednostki, której skarga lub zażalenie dotyczy.
2. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Niezależnie od uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 35.

Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 36.

Niniejsze owu mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 kwietnia 2010 roku.

Andrzej Klesyk

Prezes Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna

Witold Jaworski

Członek Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna