



Postanowienia odmienne i dodatkowe do ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i pracowników placówek oświatowych uchwalonych Uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 sierpnia 2018 r. zwanych dalej „OWU”.

- 1. Działając na podstawie §22 ust. 3 w/w OWU strony postanawiają, że dla potrzeb niniejszej umowy ubezpieczenia wprowadza się następujące postanowienia odmienne i dodatkowe od ogólnych warunków ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia:**

- 1) W §15 ust. 6 OWU dotychczasowe zapisy otrzymują brzmienie:**

Ustalanie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonywane jest przez UNIQA TU S.A. w oparciu o „UNIQA tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu Następstw Nieszczęśliwych Wypadków”.

- 2) W niniejszej umowie ubezpieczenia zastosowania nie mają zapisy o których mowa w §5 ust. 1 pkt.9:**

„1. UNIQA TU S.A. nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych: 9) podczas uprawiania przez Ubezpieczonego sportu w ramach pozaszkolnych sekcji lub klubów sportowych gdy miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że zostało ono objęte ochroną ubezpieczeniową za opłatą dodatkowej składki;”

- 3) W niniejszej umowie ubezpieczenia zastosowania nie mają zapisy o których mowa w §11 ust. 4 lit. a i b:**

„4. Zwyżki składki udzielane są z tytułu:

- a) objęcia ochroną ubezpieczeniową szkół sportowych, objęcia ochroną zdarzeń związanych z uprawianiem dyscyplin sportowych, pozaszkolnych sekcji lub klubów sportowych,”

- 4) W §6 ust. 5 OWU dotychczasowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa otrzymuje brzmienie:**

„Pogryzienie przez zwierzęta i pokąsania przez insekty, które skutkuje co najmniej jedną pełną dobą pobytu w szpitalu”

- 5) W niniejszej umowie ubezpieczenia zastosowania nie mają zapisy o których mowa w §9 pkt. 3 b):**

„§ 9, pkt. 3. Odpowiedzialność UNIQA TU S.A. w stosunku do absolwentów wygasa: a)

z dniem rozpoczęcia stosunku pracy,

b) z dniem rozpoczęcia nauki w innej szkole, nie później jednak niż z upływem 4 miesięcy od daty zakończenia roku szkolnego.”

- 6) W §2 ust. 13 OWU dotychczasowa definicja „kosztów leczenia” otrzymuje brzmienie:**

„koszty leczenia - niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:

a) pobytu w szpitalu,

b) badań, zabiegów ambulatoryjnych, operacji,

c) opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,

d) transportu medycznego Ubezpieczonego do szpitala, ambulatorium itp. oraz ze szpitala, ambulatorium itp. do domu;”

Koszty z tytułu:

- a) rehabilitacji
 - b) zakupu niezbędnych leków i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
 - c) naprawy lub nabycia przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych,
- stanowią odrębne limity świadczeń w wariantach I-V i obowiązują zgodnie z Ofertą zaakceptowaną w 2019 w limitach wskazanych w Tabeli.

7) Pozostałe limity świadczeń w wariantach I-V i obowiązują zgodnie z ofertą zaakceptowaną w 2019 oraz odmiennie od wskazanych limitów w OWU.

2. W niniejszej umowie ubezpieczenia zastosowanie mają następujące zapisy:

1) Świadczenie szpitalne po NW oraz w wyniku ciężkiego zachorowania dziecka:

- limity zgodnie z ofertą
- katalog zachorowań zgodnie z poniższą tabelą:

Tabela ciężkich zachorowań Ubezpieczonego dziecka:

1. Nowotwór	<p>Choroba, która objawia się obecnością złośliwego guza, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem złośliwych komórek nowotworowych, a także naciekaniem zdrowych tkanek.</p> <p>Do nowotworów zalicza się również białaczkę i wszystkie złośliwe nowotwory układu limfatycznego takie, jak choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa).</p> <p>Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none">- nowotworów łagodnych, w tym odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym,- nowotworów nieinwazyjnych i przedinwazyjnych - <i>carcinoma in situ</i> (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,- wszystkich nowotworów skóry i błony śluzowej,- złośliwego czerniaka w stadium 1A (T1a N0 M0),- jakichkolwiek nowotworów przy współistniejącym zakażeniu HIV. <p>Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dni życia Dziecka 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).</p>
2. Niewydolność nerek	<p>Nieodwracalne i równoczesne ustanie funkcji obydwu nerek (niewydolność nerek), wymagające stałej dializy lub przeszczepu nerki.</p> <p>Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dni życia Dziecka Ubezpieczonego licząc od dnia rozpoczęcia regularnej dializoterapii lub od dnia dokonania przeszczepu nerki. Dializoterapia lub dokonanie przeszczepu nerki musi być potwierdzone stosowną dokumentacją medyczną.</p>
3. Całkowita utrata wzroku	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, która powstała w następstwie niespodziewanej choroby lub wypadku. Całkowita utrata wzroku powinna być potwierdzona wynikami odpowiednich badań oftalmologicznych i trwać nieprzerwanie przynajmniej 6 tygodni.</p>

4. 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, 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.
5. Oparzenia	Oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała. Przez oparzenie trzeciego stopnia rozumie się oparzenie, które wywołało zniszczenie pełnej grubości skóry i dno rany oparzeniowej stanowi tkanka podskórna. Diagnoza powinna być ustalona przez oddział chirurgiczny lub leczenia oparzeń albo lekarza specjalistę w zakresie chirurgii. Ubezpieczeniem nie są objęte oparzenia pierwszego ani drugiego stopnia, a także wynikające z samouszkodzenia oparzenia trzeciego stopnia.
6. Utrata mowy	Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w następstwie choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona konsultacją specjalisty laryngologa lub foniatri, która potwierdzi uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka.
7. Utrata słuchu	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być koniecznie poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia.
8. Utrata kończyn	Całkowita fizyczna utrata co najmniej dwóch kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata każdej z kończyn na wysokości nadgarstków/stawów skokowych albo powyżej. Konieczność amputacji musi być poparta opinią lekarza specjalisty w zakresie chirurgii lub ortopedii. Ubezpieczeniem nie jest objęta utrata kończyny na skutek samookaleczenia.
9. Dziecięce porażenie mózgowe	Wrodzone porażenie mózgowe scharakteryzowane jako spastyczne porażenie czterokończynowe z towarzyszącymi napadami drgawek i głębokim upośledzeniem umysłowym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
10. Dystrofia mięśniowa	Jeden z podanych typów dystrofii: Duchena, Becker'a, obręczowokończynowa (pozostałe typy są wykluczone). Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz wynikiem biopsji mięśni i podwyższonym poziomem fosfokinazy kreatyninowej.
11. Mukowiscydoza	Choroba wrodzona polegająca na zaburzonym usuwaniu śluzów min. w obrębie układu oddechowego i pokarmowego. Do wypłaty świadczenia niezbędne jest postawienie diagnozy przez specjalistyczny oddział na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i badań dodatkowych. Uznaje się wyłącznie te roszczenia, które są poparte stwierdzeniem obecności mutacji $\Delta F508$ oraz dodatnim testem potowym (stężenie chloru w pocie powyżej 60 mEq/l).

<p>12. Pneumokokowe zapalenie opon mózgowordzeniowych</p>	<p>Ostra choroba zakaźna ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez bakterię streptococcus pneumoniae. Do wypłaty świadczenia konieczne jest udokumentowanie choroby kartą leczenia szpitalnego z ww. rozpoznaniem oraz wynikiem badania mikrobiologicznego płynu rdzeniowo mózgowego (posiew), w którym wykazano obecność <i>S. pneumoniae</i>.</p>
<p>13. Przeszczep narządów</p>	<p>Konieczne z medycznego punktu widzenia przeszczepienie jednego z następujących narządów: serca, płuc, wątroby, trzustki, jednej nerki lub szpiku kostnego do organizmu Dziecka Ubezpieczonego. Przeszczepem serca jest również wszczepienie sztucznego serca. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Dziecka Ubezpieczonego licząc od dnia dokonania przeszczepu narządu.</p>
<p>14. Operacja zastawek serca</p>	<p>Jest to chirurgiczna wymiana jednej lub większej ilości zastawek serca na zastawki sztuczne. Pojęcie to obejmuje wymianę zastawki aorty, dwudzielnej (in. mitralnej), pnia płucnego lub trójdzielnej na zastawkę sztuczną z powodu ich zwężenia lub niedomykalności. Ubezpieczenie nie obejmuje żadnych operacji naprawczych przeprowadzonych u ubezpieczonego na jego własnych zastawkach serca, a szczególności plastyki zastawek i ich przecięcia. Wymiana zastawki powinna być udokumentowana stosowaną dokumentacją medyczną z leczenia kardiochirurgicznego. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia dziecka Ubezpieczonego licząc od dnia operacji.</p>

2) Wstrząśnienie mózgu w wyniku NW:

- limity zgodnie z ofertą w wariantach II, III, IV, V.

3. W niniejszej umowie ubezpieczenia zastosowanie mają poniższe określenia dodatkowe:

- 1) **Samobójstwo** - celowe zachowanie samo destrukcyjne, o charakterze gwałtownym, które prowadzi do śmierci biologicznej; (Zgodnie z OWU 10% SU).
- 2) **Pogryzienie** – miejsce na ciele pogryzione przez zwierzę lub dziecko;
- 3) **Pokąsanie, ukąszenie** – pokaleczenie ciała w wyniku wbicia żądła owadów lub zębów zwierząt w skórę;
- 4) **Sporty wysokiego ryzyka** – sport uprawiany w celu osiągnięcia maksymalnych wrażeń, związanych z aktywnością fizyczną zagrażającą zdrowiu i życiu, do którego zalicza się następujące dyscypliny: kolarstwo górskie, cross rowerowy, motocross, skateboarding, wspinaczka wysokogórska przy użyciu specjalistycznego sprzętu, spadochroniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, paralotniarstwo, skoki spadochronowe, skoki na gumie, skoki i loty narciarskie, sky surfing, pilotowanie samolotów silnikowych, żeglowanie ze spadochronem, jazda na nartach i snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, skutery wodne, surfing, wolne nurkowanie, wyścigi łodzi motorowych, wspinaczka wysokogórska i skalna, spaleologia, skoki bungee, sporty uprawiane na rzekach górskich (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie) le parkur, kitesurfing, rajdy/wyścigi samochodowe, motorowe oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 5) **Ciężkie zachorowanie** - jeden z wymienionych w Tabeli ciężkich zachorowań Ubezpieczonego dziecka stanów powodujący zaburzenia czynności organizmu lub życiowo ważnego narządu bądź poddanie się przez dziecko jednemu z zabiegów wskazanych w tabeli, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ciężkie zachorowanie lub zabieg muszą być potwierdzone wymaganą przez prawo dokumentacją medyczną sporządzoną przez lekarza, który posiada nieograniczone prawo wykonywania zawodu w Polsce i prowadzi leczenie i diagnostykę ubezpieczonego lub członka jego rodziny.
- 6) **Pobyt w szpitalu (hospitalizacja)** - potwierdzony w dokumentacji medycznej i niezbędny z medycznego punktu widzenia pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, którego celem było udzielanie Ubezpieczonemu przez całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających

na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogły być zrealizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Za pobyt w szpitalu uważa się pobyt w szpitalu mającym siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie skierowania lekarskiego. Za pobyt w szpitalu nie uznaje się pobytu Ubezpieczonego w ośrodku wypoczynkowym, domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo–lecniczym albo pielęgnacyjno-opiekuńczym, a także świadczeń opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych oraz świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, nawet jeśli świadczenia zdrowotne były udzielane stacjonarnie lub całodobowo. Za pobyt w szpitalu traktuje się hospitalizację trwającą nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny liczone od chwili przyjęcia do szpitala odnotowanej w dokumentacji medycznej.

- 7) **Wstrząśnienie mózgu** - Nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie urazu głowy będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało nieodwracalne ubytki neurologiczne i trwałe objawy kliniczne. Ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie występująca nieprzerwanie przez okres co najmniej 3 miesięcy niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się. Niezdolność do ich samodzielnego wykonywania musi być potwierdzona przez lekarza neurologa. Nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w pierwszym zdaniu, to wywołane przyczyną zewnętrzną nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną pourazowego uszkodzenia mózgu i miało miejsce, gdy ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są poważne urazy głowy, zaistniałe w wyniku spożycia alkoholu lub narkotyków. Wypłata świadczenia z tego ubezpieczenia wyklucza wypłatę z świadczenia z tytułu Utraty możliwości samodzielnej egzystencji.
- 8) **Epilepsja** – dla umowy ubezpieczenia, nie ma znaczenia, czy epilepsja została rozpoznana przed okresem ubezpieczenia, czy też w trakcie okresu ubezpieczenia.

3. W przypadku rozbieżności treści niniejszej umowy ubezpieczenia z OWU, obowiązują postanowienia niniejszej umowy ubezpieczenia.