

Ubezpieczenie na Życie „WARTA TWOJA RODZINA”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

1. Postanowienia ogólne.....	4
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	8
3. Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	8
4. Składka	9
5. Skutki niezapłacenia składki	9
6. Suma ubezpieczenia	9
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela	9
8. Partner jako współubezpieczony	10
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	10
10. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela.....	12
11. Uprawnieni do otrzymania świadczenia.....	13
12. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	13
13. Ryzyka ubezpieczeniowe	13
14. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	13
15. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	14
16. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	14
17. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	14
18. Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	14
19. Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	15
20. Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego	15
21. Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	16
22. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego.....	16
23. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego Plus.....	16
24. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”	17
25. Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	18
26. Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego	19
27. Operacje Ubezpieczonego	19
28. Śmierć Małżonka lub Partnera.....	20
29. Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	21
30. Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	21
31. Śmierć Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	21
32. Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera.....	21
33. Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS	22
34. Wystąpienie u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania	23
35. Inwalidztwo Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	24
36. Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego	24
37. Śmierć Dziecka.....	24
38. Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku	24
39. Śmierć Noworodka	25
40. Urodzenie się Dziecka	25
41. Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną.....	25
42. Urodzenie się Wnuka.....	25
43. Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka	26
44. Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania	26
45. Rekonwalescencja Dziecka	27
46. Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”	27
47. Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera.....	28
48. Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	28
49. „WARTA PAKIET MEDYCZNY”	28
50. Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	37
51. Wariant „Twoje Życie 80 Plus”	38
52. Postanowienia końcowe	39
53. Załącznik nr 1 Wykaz wad wrodzonych dotyczących Urodzenia się Dziecka/Wnuka „Warta Twoja Rodzina”	40
54. Załącznik nr 2 Tabela Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	41
55. Załącznik nr 3 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „Warta Twoja Rodzina”	54
56. Załącznik nr 4 Katalog Operacji „Warta Twoja Rodzina”	54
57. Załącznik nr 5 Katalog Poważnych Zachorowań „Warta Twoja Rodzina”	62
58. Załącznik nr 6 Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „Warta Twoja Rodzina”	66
59. Załącznik nr 7 Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	68

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „WARTA TWOJA RODZINA”

Informacja do ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „WARTA TWOJA RODZINA”, zatwierdzonych Uchwałą nr 78/2019 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 16 kwietnia 2019 roku i wprowadzonych w życie z dniem 16 kwietnia 2019 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 10 - § 12, § 15 ust. 5, § 16 ust. 4, 6, § 17 ust. 4, 6, § 18 ust. 4, 6, § 19 ust. 6, 8, § 20 ust. 8, 11, § 21 ust. 7, 10, § 22 ust. 4, 8, § 23 ust. 14, § 24 ust. 12-14, § 25 ust. 12-14, § 26 ust. 14, § 27 ust. 13, § 28 ust. 19, § 29 ust. 9, § 30 ust. 6, § 31 ust. 5, 7, § 32 ust. 8, 10, § 33 ust. 18, § 34 ust. 14, 16, § 35 ust. 16, § 36 ust. 5-7, § 37 ust. 7, § 38 ust. 7, § 39 ust. 5, § 40 ust. 7, § 41 ust. 9, § 42 ust. 7, § 43 ust. 10, § 44 ust. 14, § 45 ust. 14, § 46 ust. 9, § 47 ust. 4, § 48 ust. 9, § 49 ust. 6, § 50 ust. 25, § 51 ust. 4.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7, § 9, § 19 ust. 2-3, 6, § 20 ust. 3 pkt 2), § 21 ust. 3, § 23 ust. 2, 4, 8, 11, § 25 ust. 7, 8, 11, § 26 ust. 3, 4, 6, 11-13, § 27 ust. 3 - 5, 7, 8, § 28 ust. 4, 7, 14-17, § 29 ust. 2, 5, § 32 ust. 2-5, § 33 ust. 2, 4, 5, 10, 13, 15, § 34 ust. 2, 4, 5, 10, 11, 12, § 35 ust. 2-6, 8, 13-15, § 37 ust. 2, § 38 ust. 2, § 40 ust. 2, § 41 ust. 2, 3, § 43 ust. 2, 3-5, § 43 ust. 4, § 44 ust. 2, 4, 8, 10, 12, § 45 ust. 3, 4, 6, 11-13, § 46 ust. 2, 4, 5, § 47 ust. 4, § 48 ust. 2, 4, § 50 ust. 10-14, 20, 21, 24, § 51 ust. 4, 5, 10.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie – „WARTA TWOJA RODZINA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUŃŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającym.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **certyfiakat** – dokument potwierdzający przystąpienie do umowy ubezpieczenia, zawierający informację o zakresie ubezpieczenia oraz dacie rozpoczęcia ochrony
 - 2) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23, § 24, § 33 § 34, § 44, § 46, pierwsza diagnoza, o której mowa powyżej może nastąpić jeszcze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) **czynności życia codziennego**:
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni,
 - 4) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w trakcie trwania odpowiedzialności, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień - dzień wypisu ze szpitala,
 - 5) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które:
 - a) miało ukończony 1 rok życia - w dniu śmierci dziecka lub śmierci dziecka w wyniku wypadku mających miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - b) miało ukończony 4 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia w dniu przyjęcia dziecka do szpitala - w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego dziecka mającego miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - c) miało ukończony 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia w dniu przyjęcia dziecka do szpitala - w przypadku rekonwalescencji dziecka mającej miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - d) miało ukończony 1 rok życia, ale nie ukończyło 20 roku życia w dniu wystąpienia poważnego zachorowania - w przypadku wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 6) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera spowodowane wypadkiem, w wyniku których osoby te zdaniem komisji lekarskiej, są całkowicie niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostają trwale i całkowicie niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokują odzyskania zdolności do pracy,
 - 7) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA TWOJA RODZINA”, stanowiący załącznik nr 3 do OWU,
 - 8) **katalog operacji** – „Katalog Operacji „WARTA TWOJA RODZINA” stanowiący załącznik nr 4 do OWU,
 - 9) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA TWOJA RODZINA” stanowiący załącznik nr 5 do OWU,
 - 10) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA TWOJA RODZINA” stanowiący załącznik nr 6 do OWU,
 - 11) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie inwalidztwa, niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz wystąpienia poważnego zachorowania na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
 - 12) **leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych u ubezpieczonego po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 13) **małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 14) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku choroby lub wypadku, trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 3) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu i zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokującą możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji; okres 12 miesięcy, o którym mowa powyżej musi rozpocząć się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i może trwać po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia,
 - 15) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii),
 - 16) **operacja** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, wymieniony w katalogu operacji. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
 - a) operacja wykonana metodą endoskopową – operacja z użyciem urządzenia umożliwiającego doprowadzenie światła, optyki, odpowiednich narzędzi chirurgicznych do wnętrza narządu i jam ciała;
 - b) operacja metodą otwartą – operacja polegająca na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony

z czynnościami określonymi w terminologii medycznej jako rękoczynny wewnątrz ww. struktur;

c) operacja metodą zamkniętą - operacja bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe), z użyciem endoskopu.

Jeżeli w katalogu operacji nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja jest wykonana, TUnŻ WARTA S.A. ponosi odpowiedzialność za operację wykonaną metodą otwartą lub endoskopową,

- 17) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny, wykonany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej,
- 18) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 19) **partner** – osoba wskazana w deklaracji przystąpienia/zmiany lub innym dokumencie, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona; o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 20) **placówka medyczna** – działająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych); grupowa praktyka lekarska, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej o specjalności zabiegowej uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, której zadaniem jest leczenie w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych i posiadająca blok operacyjny; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; niniejsza definicja ma zastosowanie do ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 28,
- 21) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i objęcie ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 22) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia,
- 23) **przedsiębiorca** – osoba prowadząca działalność gospodarczą,
- 24) **rehabilitacja poszpitalna** – trwająca nieprzerwanie, bezpośrednio po pobycie w szpitalu kończącym się w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital,
- 25) **rekonwalescencja dziecka** – powrót do zdrowia dziecka ubezpieczonego po nieprzerwanym i trwającym powyżej 14 dni pobycie dziecka w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 26) **rocznica polisy** – rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia
- 27) **rocznica przystąpienia** – rocznica daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia
- 28) **rodzic**:
- a) naturalny ojciec lub matka ubezpieczonego lub
 - b) osoba, która dokonała przysposobienia ubezpieczonego lub

c) ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna i macochę rozumie się:

a. osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub

b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,

29) **rodzic małżonka lub rodzic partnera**:

a) naturalny ojciec lub matka małżonka lub partnera ubezpieczonego lub

b) osoba, która dokonała przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub

c) ojczym lub macocha małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna lub macochę rozumie się:

a. osobę która w dniu zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub śmierci rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub

b. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,

d) naturalny ojciec lub matka zmarłego małżonka lub zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub rodzica partnera ubezpieczonego:

a. nie wstąpił ponownie w związek małżeński,

b. nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski lub

c. nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego,

30) **siedziba ubezpieczyciela** – siedziba centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,

31) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych,

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

33) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w polisie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,

34) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu,

San Marino oraz Korei Południowej; niniejsza definicja ma zastosowanie do ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23 - § 25, § 33, § 34, § 44, § 46, § 47,

- 35) **śmierć noworodka** – urodzenie się martwego dziecka ubezpieconemu, w rozumieniu przepisów dotyczących porodów i urodzeń, jeśli urodzenie zostało zarejestrowane, oraz śmierć dziecka ubezpieconego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 36) **świadczenie ubezpieczyciela** – suma pieniężna, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia
- 37) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 38) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, będąca przedsiębiorcą zatrudniającym pracowników, która zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia,
- 39) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, nie objęta w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, ochroną z tytułu ubezpieczenia „Warta Twoja Rodzina”
- 40) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
 - b) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - c) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
 - e) symptomy spowodowane migreną,
 - f) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
 - g) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).
- 41) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
- 42) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
- 43) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieconemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone aktem urodzenia,

w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieconego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,

- 44) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieconemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik nr 1 do OWU) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia,
- 45) **urodzenie się wnuka** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieconego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieconego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna ubezpieconego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 46) **urodzenie się wnuka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieconego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieconego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik nr 1 do OWU) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku jego życia,
- 47) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 48) **wariant ubezpieczenia** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany w polisie zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący dane ryzyka ubezpieczeniowe, wybierany przez ubezpieczającego na etapie zawarcia umowy,
- 49) **współubezpieczony** – osoba będąca małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub partnera, dzieckiem ubezpieconego, dzieckiem syna lub córki ubezpieconego wskazaną w ryzykach ubezpieczeniowych, której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie lub życie,
- 50) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieconego, małżonka, partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23, § 25, § 33, § 44, § 46 wypadek o którym mowa powyżej może nastąpić przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
- 51) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
- a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub

- pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
- b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
- c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek lub partner podróżował jako pasażer,

52) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:

- a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
- b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
- c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek lub partner podróżował jako pasażer,
 - i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP:
 - a. podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
 - b. podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
 - c. w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony, małżonek lub partner, uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Za wypadek komunikacyjny przy pracy uważa się również wypadek powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela przy spełnieniu wymogów z pkt a), b) lub c) powyżej zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z:

- 1) wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 2) wykonywaniem zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,

- 3) wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia,

53) **wypadek przy pracy** – wypadek powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera obowiązków wynikających z umowy o pracę albo poleceń przełożonych,
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia,
- c) w czasie pozostawania w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego z umowy o pracę; na równi z wypadkiem przy pracy traktuje się - w zakresie uprawnień do świadczeń - wypadek, któremu ubezpieczony, małżonek lub partner uległ w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone wyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Za wypadek przy pracy uważa się również wypadek powstały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z:

- 1) wykonywaniem zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 2) wykonywaniem zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu działalności pozarolniczej w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 3) wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia,

54) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-lecniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:

- a) w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Alzheimera, schyłkowej niewydolności wątroby, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności oddechowej, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zakażenia wirusem HIV/AIDS, zgorzeli gazowej nie spowodowanej wypadkiem, odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu, sepsy, WZW B, WZW C, boreliozy, tężca, wścieklizny nie związanej z wypadkiem, gruźlicy, choroby Huntingtona, choroby neuronu ruchowego, bakteryjnego zapalenia wsierdza postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanych adekwatnymi wynikami

badan oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,

- b) w przypadku: operacji pomostowania naczyń wieńcowych, przeszczepiania narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, bąblowca mózgu, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, zakażonej martwicy trzustki, utraty kończyny wskutek choroby - przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku: niewydolności nerek, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
- d) w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia - zajścia wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

55) wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:

- a) w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej niewydolności wątroby, choroby Kawasaki, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tężca, zakażenia wirusem HIV/AIDS - postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,
- b) w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym - przeprowadzenie operacji,
- c) w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy, anemii aplastycznej - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,
- d) w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku - zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

56) zawał serca – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie ww. musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi wymienionymi klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

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

57) zwolnienie lekarskie – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez szpital, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk ubezpieczeniowych określonych w jednym, z wariantów ubezpieczenia. Zakres ochrony jest wskazany w polisie oraz w certyfikacie.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w następujących wariantach ubezpieczenia:

Tabela. 1

Objęcie ochroną w ramach danego wariantu ubezpieczenia uzależnione jest od wieku osoby przystępującej:			
	Ukończony 18 rok życia i nieukończony 66 rok życia w dniu przystąpienia	Ukończony 55 rok życia i nieukończony 66 rok życia w dniu przystąpienia	Ukończony 66 rok życia i nieukończony 80 rok życia w dniu przystąpienia
Warianty ubezpieczenia	Warianty: „Twoje Życie”, „Twoje Życie VIP”, „Twoje Życie Plus”, „Twoje Życie i Zdrowie”, „Twoje Życie i Zdrowie Plus”, „Życie Rodziny”, „Życie Rodziny Plus”, „Życie Rodziny Premium”, „Życie Rodziny VIP”, „Życie i Zdrowie Rodziny”, „Życie i Zdrowie Rodziny Plus”, „Życie i Zdrowie Rodziny Premium”, „Życie i Zdrowie Rodziny VIP”, „Życie i Zdrowie Rodzic z dzieckiem”, „Życie i Zdrowie We dwoje”.	Wariant „Twoje Życie 55 Plus”	Wariant „Twoje Życie 55 Plus”

- Możliwość przystąpienia do umowy ubezpieczenia w ramach wariantu „Twoje Życie 55 Plus” przez osobę, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia miała ukończony 66 rok życia i nie ukończyła 80 roku życia; dotyczy tylko osób, które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia objęte były ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, złożyły oświadczenie o wypowiedzeniu lub rezygnacji z umowy oraz wystąpiły z ubezpieczenia grupowego, w okresie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia, licząc od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego z ubezpieczycielem.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, nie posiada ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia na życie „WARTA TWOJA RODZINA”.
 4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego, deklaracji przystąpienia/zmiany oraz innych dokumentów wymaganych przez ubezpieczyciela przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, skierowanych do ubezpieczyciela na formularzach przygotowanych przez ubezpieczyciela. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
 5. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia lub sporządzenia nowego wniosku w dodatkowym terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego informacji o brakach we wniosku, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa może nie dojść do skutku.
 6. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.
 7. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która poprawnie wypełniła i podpisała deklarację przystąpienia/zmiany. Dokument ten zawiera m.in. oświadczenia o stanie zdrowia oraz wskazuje wariant ubezpieczenia wybrany przez ubezpieczonego spośród wariantów dla niego dostępnych.
 8. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po dniu złożenia deklaracji przystąpienia.
 9. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się, na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 11 i 12,
 - 3) upływu okresu na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres zgodnie z ust. 1,
 - 4) niezapłacenia składki, o której mowa w § 5. ust 1 - z upływem dodatkowego terminu wyznaczonego w pisemnym wezwaniu,
 - 5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu.
 10. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, licząc od daty dostarczenia mu polisy.
 11. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem ust. 13
 12. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia zostało doręczone do ubezpieczyciela.
 13. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony

ubezpieczeniowej.

14. Ubezpieczającym, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
15. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 4, ubezpieczyciel może zawiesić odpowiedzialność w trybie wskazanym w § 5 ust. 1 niniejszych OWU.
16. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 15.

SKŁADKA

§ 4

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek za wszystkich ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający obowiązany jest wpłacić w terminie do 20 dnia miesiąca za który składka jest należna.
5. Wysokość składki ustalona jest w umowie ubezpieczenia i jest zależna od: sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, liczby ubezpieczonych, ich wieku, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mających wpływ na ocenę ryzyka.
6. Za dzień wpłaty składek uznaje się dzień wpływu składek na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka, postanowienia § 13 stosuje się odpowiednio.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 5

1. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 3 lub 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
2. Składkę uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty będzie niższa niż kwota składki, o której mowa w § 4 ust. 1 .

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawarciu.
2. Suma ubezpieczenia wyrażana jest kwotowo i ustalana jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych.
3. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób objętych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia, i po opłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 2 i 5 oraz § 13 ust. 5 pkt a).

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia, i po opłaceniu przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 5 oraz § 13 ust. 5 pkt a).
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem danego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia
 - 2) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia
 - 3) z dniem śmierci ubezpieczonego
 - 4) ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia - w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 70 urodzin ubezpieczonego, zastrzeżeniem pkt. 6),
 - 5) z dniem wskazanym przez ubezpieczającego jako ostatni dzień ochrony
 - 6) z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia – w pierwszą rocznicę polisy następująca po dniu 80 urodzin ubezpieczonego, w przypadku obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” z zastrzeżeniem § 52
4. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować ubezpieczonego o dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących współubezpieczonych wygasa z dniem rozwiązania umowy, o którym mowa § 3 ust. 9, a także z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 3.
6. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed początkiem okresu ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, do okresu 6 miesięcy o którym mowa w ust. 1 oraz w § 19, § 21, § 26 - § 29, § 32, § 35, § 37, § 38, § 40, § 45, § 48, a także do okresu 3 miesięcy o których mowa w § 23, § 24, § 33, § 34, § 44, § 46 oraz do okresu 10 miesięcy, o których mowa w § 41, § 43, zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej ww. umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7-11.
7. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, do okresu 6 miesięcy o którym mowa w ust. 1 oraz w § 21, a także do okresu 10 miesięcy o którym mowa w § 43, zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia, licząc od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8-11.
8. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o którym mowa w ust. 6, 7 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie, przewidującą w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania - dany rodzaj poważnego zachorowania.
9. Zaliczenie okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 6 i 7 następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6, 7, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku zachorowania - dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6, 7, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia, licząc od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia - w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus,
 - 4) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 6, 7, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
10. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Ograniczenie nie dotyczy ryzyk ubezpieczeniowych: dziennego świadczenia szpitalnego, dziennego świadczenia szpitalnego PLUS, operacji ubezpieczonego oraz leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

PARTNER JAKO WSPÓLUBEZPIECZONY **§ 8**

1. Zgłoszenie partnera jako współubezpieczonego przez ubezpieczonego może nastąpić w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego albo w terminie późniejszym, na druku deklaracji przystąpienia/zmiany.
2. Ubezpieczyciel związany jest zgłoszeniem partnera jako współubezpieczonego przez ubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia.
3. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego, a następnie wskazania innego partnera jako współubezpieczonego wskazanie takie jest skuteczne jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia danego ubezpieczonego, liczonym od daty jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego oraz w przypadku dokonania zmiany partnera jako współubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących partnera wskazanego wcześniej, wygasa w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących nowo wskazanego partnera jako współubezpieczonego, rozpoczyna się zgodnie z zapisami w odpowiednich ryzykach ubezpieczeniowych.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI **UBEZPIECZYCIELA** **§ 9**

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 oraz ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 37 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na

- własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 5) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 29, § 38 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka lub partnera, dziecka, na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera, dziecko w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka lub partnera, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 40, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 2) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 15 - § 28, § 30 - § 36, § 39, § 44 - § 46, § 49 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 5) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego,
- treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów,
- 6) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznymi, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) przewozu lotniczego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka w innym charakterze niż pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
5. Wyłączenia o których mowa w niniejszym paragrafie, nie mają zastosowania do ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 48, § 41 - § 43.
6. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 19 i § 32 wyłączenie odpowiedzialności w zakresie popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), ograniczone jest do 2 lat od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 25, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji szpitalnej w związku z pozostawaniem ubezpieczonego: w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
8. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 23, § 24, § 33, § 34, § 44, § 46 odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rehabilitacji szpitalnej w wyniku:
- 1) pełnieniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 2) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 3) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 4) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,

- 5) pozostawania ubezpieczonego, partnera lub małżonka, dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
9. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 27, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
10. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowych wymienionych w: § 26, § 35, § 45, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku chorób związanych z infekcją wirusem HIV.
11. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 28, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) operacji plastyczno-kosmetycznych, w tym usunięcia, pomniejszenia, powiększenia piersi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacji przeprowadzanych w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających warunków bloku operacyjnego,
 - 4) operacji stomatologicznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 5) operacji związanymi z leczeniem niepłodności,
 - 6) operacji wtórnych przeprowadzonych w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej,
 - 7) operacji nie wymienionych w katalogu operacji.
12. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 21, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) rozpoznanego u ubezpieczonego stwardnienia rozsianego z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa).
13. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy przystąpieniu do umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
14. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed początkiem okresu ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) i ust. 2 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 15 - 18.
15. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, do okresu 2 lat o którym mowa w ust. 1 pkt 1) zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14 zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia, licząc od daty przystąpienia , z zastrzeżeniem ust. 16 – 18.
16. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o którym mowa w ust. 14, 15 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie.
17. Zaliczenie do okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 14 i 15 następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
- 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14, 15, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 15 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia, licząc od daty przystąpienia - w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus,
 - 4) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 14, 15, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
18. Odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA § 10

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 11 i § 12 oraz w oparciu o właściwe postanowienia ryzyk ubezpieczeniowych.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3-10, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, 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 ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
5. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień wpłaty na rachunek bankowy uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, o ile ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
11. Do wniosku o wypłatę świadczenia lub zawiadomienia o zajściu zdarzenia z tytułu śmierci ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie jest obowiązana dołączyć:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej,
 - 3) dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu ubezpieczonego (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury),
 - 4) inne dokumenty, o które poprosi ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia podstawy do wypłaty świadczenia i jego wysokości.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 11

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci zarówno przed przystąpieniem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.

§ 12

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do

śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.

3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi,
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 3).

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 13

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nieubezpieczone na podstawie listy osób przystępujących i deklaracji przystąpienia/zmiany.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU.
3. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia potwierdzone jest certyfikatem.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do weryfikacji poprawności wypełnienia deklaracji przystąpienia/zmiany oraz wydania certyfikatu potwierdzającego przystąpienie do ubezpieczenia grupowego
5. Ubezpieczający w każdym miesiącu kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia dostarcza ubezpieczycielowi w terminie:
 - a) do 20 dnia każdego miesiąca listę osób przystępujących do ubezpieczenia od pierwszego dnia danego miesiąca kalendarzowego,
 - b) do 25 dnia każdego miesiąca listę osób występujących z ubezpieczenia z upływem miesiąca kalendarzowego poprzedzającego złożenie listy.
6. Lista osób przystępujących i występujących, o których mowa w ust. 5, powinny być sporządzone przez ubezpieczającego wg stanu wiedzy na pierwszy dzień miesiąca określającego przystąpienie lub wystąpienie ubezpieczonego.
7. Jeżeli lista osób przystępujących do ubezpieczenia lub deklaracje przystąpienia/zmiany wpłynęły do ubezpieczyciela po dacie, o której mowa w ust. 3 wówczas ubezpieczyciel uznaje takie przystąpienie do ubezpieczenia od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób przystępujących lub deklaracja przystąpienia/zmiany, licząc od późniejszej z dat wpływu ww. dokumentów.
8. Jeżeli listy osób występujących z ubezpieczenia wpłynęły po dacie, o której mowa w ust. 5, wówczas ubezpieczyciel uznaje takie wystąpienie z ubezpieczenia od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób występujących.
9. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 5 pkt b).

RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

§ 14

Zgodnie z wyborem ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować ryzyka ubezpieczeniowe, wymienione w § 15 – § 51. W sprawach nieuregulowanych w § 15 – § 51 mają zastosowanie pozostałe zapisy OWU.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

§ 15

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci

- ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
 4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
 5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 16

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY

§ 17

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.

6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

§ 18

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 19

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w polisie z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
4. W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
5. Z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w polisie.
6. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu

- a śmiercią ubezpieczonego.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
 - Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

POWSTANIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

§ 20

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
- Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w polisie, przy czym:
 - stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „Tabele Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” stanowiącą załącznik nr 2 do OWU.
- Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
- Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletnego dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
- Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia wskazanej w polisie. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% kwoty świadczenia wskazanej w polisie.
- Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu

ubezpieczonego w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

POWSTANIE NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO

§ 21

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust 2.
- W ramach umowy ubezpieczenia w wariantcie „Twoje Życie 80 Plus” ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 4.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
- W przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6, 7.
- Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
- Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
- Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie

leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.

INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU **§ 22**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. Z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Z dniem wypłaty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO **§ 23**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 3 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3, 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub

pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.

6. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, codzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
7. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, codzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
8. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu - trwał dłużej niż 6 dni.
9. Z tytułu codziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
10. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota codziennego świadczenia wskazana w polisie z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota codziennego świadczenia wskazana w polisie.
12. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO PLUS **§ 24**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub

- udar mózgu, rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 3 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
 4. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
 5. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku choroby do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
 6. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, codzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
 7. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 10.
 8. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobytom ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, zastrzeżeniem ust. 9.
 9. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
 10. Świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni, z zastrzeżeniem ust. 14.
 11. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym oraz za rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencję) ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
 12. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy a pobytom ubezpieczonego w szpitalu.
 13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 14. W przypadku ubezpieczonych nie odprowadzających składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów, osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne oraz osób z orzeczeniami o niepełnosprawności wypłaca się świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku albo choroby, przysługujące za okres 15 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający rekonwalescencję trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
 15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajęciu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 16. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO „TWOJE ŻYCIE 55 PLUS” § 25

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku,
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku,
 - 3) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 4) rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
4. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) w wyniku wypadku rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 8.

5. W przypadku gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobyt ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, świadczenie szpitalne w ww. zakresie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia.
6. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
7. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie 14 pierwszych dni, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym.
8. Świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczonego, przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni, z zastrzeżeniem ust. 14.
9. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu w wyniku wypadku, szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz za rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencję) ubezpieczonego w wyniku wypadku.
10. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie.
12. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a pobytem ubezpieczonego w szpitalu.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. W przypadku ubezpieczonego będącego: przedsiębiorcą nie odprowadzającym składek chorobowych, albo emerytem, albo osobą bezrobotną, albo rencistą, albo osobą otrzymującą świadczenie rehabilitacyjne albo osobą z orzeczeniami o niepełnosprawności, wypłaca się świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku albo choroby, przysługujące za okres 15 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający rekonwalescencję trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
16. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA § 26

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik nr 5 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
5. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u ubezpieczonego w okresie 3 lat przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUNŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (w tym także danego rodzaju poważnego zachorowania) i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie ubezpieczonego, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUNŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
9. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w polisie.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju,

ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.

12. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
13. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO **§ 27**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie zastosowania u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określony jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego stanowiącym załącznik nr 3 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określonego w pkt 8) katalogu metod leczenia specjalistycznego powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
5. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, stosowanego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie.
6. W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
7. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
8. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel

wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.

9. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za leczenie specjalistyczne ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne ubezpieczonego,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
11. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości procentu kwoty świadczenia wskazanej w polisie. Procenty kwoty świadczenia określone są w katalogu metod leczenia specjalistycznego.
12. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
13. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

OPERACJE UBEZPIECZONEGO **§ 28**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje wymienione w katalogu operacji „WARTA TWOJA RODZINA”, stanowiącym załącznik nr 4 do OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
6. W przypadku operacji ubezpieczonego do okresu

- 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
 8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 9, 10.
 9. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie, z zastrzeżeniem ust. 10.
 10. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, 9 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8, 9 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie operacje ubezpieczonego,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia - w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”.
 11. Po dwóch latach od daty początku okresu ubezpieczenia, gdy w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje ubezpieczonego spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem początku okresu ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, z zastrzeżeniem ust. 12.
 12. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 11, zalicza się również okres opłacania składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie.
 13. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
 14. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca:
 - 1) 10% kwoty świadczenia wskazanej w polisie (za operacje z poziomu 1),
 - 2) 25% kwoty świadczenia wskazanej w polisie (za operacje z poziomu 2),
 - 3) 50% kwoty świadczenia wskazanej w polisie (za operacje z poziomu 3),
 - 4) 75% kwoty świadczenia wskazanej w polisie (za operacje z poziomu 4),
 - 5) 100% kwoty świadczenia wskazanej w polisie (za operacje z poziomu 5).
 15. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
 16. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 17.
 17. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 16 zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
 18. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 19. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA § 29

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć małżonka lub partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
6. W przypadku śmierci małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
7. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia

złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA W WYNIKU WYPADKU

§ 30

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 31

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ MAŁŻONKA LUB PARTNERA NA SKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

§ 32

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w polisie z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
4. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność z tytułu z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej w polisie z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
6. W przypadku śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
7. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w polisie.
8. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią małżonka lub partnera.
9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA LUB PARTNERA

§ 33

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 3 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku choroby oraz pobytu partnera w szpitalu na OIOM w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku oraz pobytu partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
7. W przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
8. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu małżonka lub partnera jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
9. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie,ienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
10. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu - trwał dłużej niż 6 dni.
11. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie za pobyt małżonka lub partnera w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
12. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie.
14. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie, z zastrzeżeniem ust. 15.
15. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie.
16. Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
17. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
18. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
19. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

**DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE
MAŁŻONKA LUB PARTNERA PLUS
§ 34**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 3 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy lub rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka lub partnera rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) partnera w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy oraz rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
7. W przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rehabilitacji

- poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku choroby, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
8. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
 9. W przypadku, gdy rehabilitacja poszpitalna (rekonwalescencja) małżonka lub partnera rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera przysługuje wyłącznie za każdy dzień rehabilitacji (rekonwalescencji) przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 12.
 10. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobytom małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, z zastrzeżeniem ust. 11.
 11. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
 12. Świadczenie w zakresie rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
 13. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym oraz za rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencją) małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby.
 14. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy a pobytom małżonka lub partnera w szpitalu.
 15. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 17. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

WYSTĄPIENIE U MAŁŻONKA LUB PARTNERA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA § 35

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania małżonka lub partnera.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań stanowiącym załącznik nr 5 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
7. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u małżonka lub partnera w okresie 3 lat przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (w tym także danego rodzaju poważnego zachorowania) i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie małżonka lub partnera w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie małżonka lub partnera, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej

z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.

11. Z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w polisie.
12. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
13. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
14. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
15. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
17. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

INWALIDZTWO MAŁŻONKA LUB PARTNERA W WYNIKU WYPADKU

§ 36

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu inwalidztwa partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie

powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

OSIEROCENIE DZIECKA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

§ 37

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, jeżeli osierocenie dziecka przez ubezpieczonego nastąpiło w wyniku wypadku.
4. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
5. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest dziecko ubezpieczonego.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ DZIECKA

§ 38

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci dziecka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku śmierci dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
5. Z tytułu śmierci dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ DZIECKA W WYNIKU WYPADKU

§ 39

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci dziecka w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się

- w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
- Z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
 - Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 - Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 - Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 - Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 - Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 - Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka albo przysposobienie dziecka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
 - Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się dziecka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka przez ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez ubezpieczonego.
 - Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ NOWORODKA § 40

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci noworodka.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, jeżeli śmierć noworodka nastąpiła w wyniku wypadku.
- W przypadku śmierci noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
- Z tytułu śmierci noworodka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we w polisie.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela jest ubezpieczony.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

URODZENIE SIĘ DZIECKA § 41

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się dziecka.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 10 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka w okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, wyłącznie w przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
- W przypadku urodzenia się dziecka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
- Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.

URODZENIE SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ § 42

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.
- Z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka z wadą wrodzoną oraz stwierdzenie wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

URODZENIE SIĘ WNUKA § 43

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się wnuka.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 10 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka w okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 5, wyłącznie w przypadku urodzenia się wnuka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem ust. 9.
- W przypadku urodzenia się wnuka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6 i 7.

5. Z tytułu urodzenia się wnuka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela jest ubezpieczony.
7. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego wnuka albo przysposobienie wnuka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
8. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego wnuka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się wnuka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia wnuka przez dziecko ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu wnuka przez dziecko ubezpieczonego.
9. W przypadku o którym mowa w ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej stwierdzonej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
8. Świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni.
9. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie.
11. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana w polisie.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE DZIECKA

§ 44

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby lub wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 3 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
4. Jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. W przypadku pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, dzieńne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.
7. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzieńne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.

WYSTĄPIENIE U DZIECKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 45

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania dziecka ubezpieczonego.
2. Zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania określony jest w katalogu poważnych zachorowań dziecka stanowiącym załącznik nr 6 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania określonego w pkt 17)-19) katalogu poważnych zachorowań dziecka, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u dziecka w okresie 3 lat przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, zawartej z TUnŻ WARTA S.A. lub z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (w tym także danego rodzaju poważnego zachorowania)

- i wystąpił albo rozwiązał ją w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie dziecka w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie dziecka, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 7 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
 9. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w polisie.
 10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 11. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
 12. W przypadku wystąpienia u dziecka, w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
 13. W przypadku wystąpienia u dziecka co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
 14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 15. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

REKONWALESCENCJA DZIECKA

§ 46

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie rekonwalescencji dziecka w wyniku pobytu w szpitalu dziecka spowodowanego chorobą lub wypadkiem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany chorobą, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 3 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany wypadkiem, rozpoczyna

się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka nie obejmuje pobytu w szpitalu dziecka w wyniku choroby rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
5. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 świadczenia z tytułu rekonwalescencji dziecka ubezpieczonego.
6. Z tytułu rekonwalescencji dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwoty świadczeń określone w polisie.
7. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji dziecka wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
10. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej dokumenty, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.

UBEZPIECZENIE LEKOWE ZWIĄZANE Z POBYTEM UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

„TWOJE ŻYCIE 55 PLUS”

§ 47

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobytem ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, rehabilitacją poszpitalną (rekonwalescencją) ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. Z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługującą ubezpieczonemu po pobycie w szpitalu w wyniku wypadku, pobycie w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobycie w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz po rehabilitacji poszpitalnej (rekonwalescencji) ubezpieczonego w wyniku wypadku, wskazaną w polisie pod warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.
4. W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje ubezpieczonemu prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie: pobytu w szpitalu ubezpieczonego albo rehabilitację poszpitalną (rekonwalescencję) ubezpieczonego, objęte odpowiedzialnością na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego - Dienne Świadczenie Szpitalne

Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.

5. W sprawach nieregulowanych w niniejszymi paragrafie mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego - Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.

ŚMIERĆ RODZICA ORAZ RODZICA MAŁŻONKA LUB PARTNERA

§ 48

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – po upływie 6 miesięcy licząc od dnia ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
4. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 7, jeżeli śmierć rodzica partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
6. W przypadku śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 6.
7. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

ŚMIERĆ RODZICA ORAZ RODZICA MAŁŻONKA LUB PARTNERA W WYNIKU WYPADKU

§ 49

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w polisie.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia

złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

„WARTA PAKIET MEDYCZNY”

§ 50

1. Użyty w niniejszym paragrafie określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
 - 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
 - 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
 - 4) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18 roku życia,
 - 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
 - 6) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie w szpitalu lub w innej placówce medycznej, związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym i trwające krócej niż 24 godziny,
 - 7) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie będący lekarzem uprawnionym,
 - 8) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego,
 - 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu,
 - 10) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
 - 11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
 - 12) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi,
 - 13) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym,
 - 14) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i uzdrowiska), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 15) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów

- z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 16) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 17) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej,
 - 18) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,
 - 19) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 20) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 21) **trudna sytuacja losowa** – śmierć ubezpieczonego, śmierć dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć rodziców, śmierć rodziców małżonka lub partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko,
 - 22) **użytkowanie roweru** – jazda lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
 - 23) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony małżonek lub partner, dziecko w czasie poruszania się na rowerze uległ obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wywrócenie się ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka w czasie jazdy rowerem,
 - 24) **transportu roweru po wypadku rowerowym** – transport roweru, który nie nadaje się do jazdy w wyniku wypadku, o którym mowa w pkt 23), znajdującego się w odległości powyżej 5 km od miejsca zamieszkania; ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca zamieszkania lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie o 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - 25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela polegające na:
 - a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka nagłego zachorowania,
 - b) doznaniu przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - c) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - d) wystąpieniu trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.

W przypadku świadczenia, o którym mowa w pkt 20 Tabeli 1 za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowych wymienionych w ust. 1 pkt 21).
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
 3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie” albo Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”.
 4. Obowiązujący dla ubezpieczonego pakiet jest wskazany w polisie.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 6. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w ust. 9- 22.
- Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie”**
7. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie” obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe: ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
 8. Uprawnionym do otrzymania świadczeń z Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie”, określonych ust. 10 w Tabeli 3:
 - 1) pkt 1), pkt 5)-8), pkt 10)-13), pkt 15-17) i pkt 20)-22) jest ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko,
 - 2) pkt 2), pkt 4) i pkt 9) jest ubezpieczony, małżonek lub partner,
 - 3) pkt 18)-19) jest ubezpieczony,
 - 4) pkt 3) i pkt 14) jest dziecko ubezpieczonego.
 9. Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu Medycznego „Twoje Życie” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wymienione w:
 - 1) pkt 1-15 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania,
 - 2) pkt 1-17 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - 3) pkt 18-19 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na urodzeniu się dziecka,
 - 4) pkt 20 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu trudnej sytuacji losowej,
 - 5) pkt 21-23 Tabeli dotyczące zdrowotnych usług informacyjnych.
 10. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli i opisane w ust. 11-15.

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe			
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów:	Usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym				
	a) transportu medycznego do placówki medycznej		TAK	TAK	NIE	NIE
	b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej		TAK	TAK	NIE	NIE
	c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu		TAK	TAK	NIE	NIE
2	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
3	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania	TAK	TAK	NIE	NIE
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
9	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarzkiej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
12	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 150 zł na zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
13	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
14	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarza pediatry	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE
16	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe			
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa
17	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE
18	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	TAK	NIE
19	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	TAK	NIE
20	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK
21	Zdrowotne usługi informacyjne		nielimitowany dostęp			
22	Infolinia „baby assistance”		nielimitowany dostęp			

11. W razie wystąpienia nagłego zachorowania, lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- a) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko wymagają transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty ich transportu medycznego do placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- b) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- c) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka; wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- d) **pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli, dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- e) **prywatnych lekcji** – jeżeli, stan zdrowia dziecka, wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa

koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,

- f) **opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a. przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, albo
 - b. przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe, lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony; w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:
 - c. organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,
 - g) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do

- łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- h) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- i) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- j) **dostawy leków** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko wymagają leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu maksymalnie do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,
- k) **trenera fitness** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner doznał obrażeń ciała w wyniku wypadku lub ww. osoby były hospitalizowane wskutek nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- l) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są hospitalizowani przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udoszczelnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
- m) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są hospitalizowani przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- n) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 150 zł i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- o) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia:
- organizację i pokrycie kosztów wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - organizację i pokrycie kosztów wizyty ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka u lekarza w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym liczonych osobno dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera, czy też dziecka,
- p) **wizyty lekarza pediatry** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u dziecka, ubezpieczyciel zapewnia:
- organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - organizację i pokrywa koszty wizyty dziecka u lekarza pediatry w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdego dziecka osoby ubezpieczonej,
- a) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu ich pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
12. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ponad zakres wskazany w ust. 11, zapewnia dodatkowo organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:
Organizacja i pokrycie kosztów:
- transportu roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko doznali obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.
13. W przypadku narodzin dziecka ubezpieczonemu w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:
Organizacja i pokrycie kosztów
- wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka

- ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej) maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- b) **trenera fitness** – ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć ubezpieczonego z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
14. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższej usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nie przekraczającej podanego limitu:
Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi, dziecku organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
15. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- 1) Zdrowotnych usług informacyjnych – których zakres obejmuje:
 - a) udzielenie informacji o danych teleadresowych:
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d. aptek czynnych przez całą dobę,
 - e. domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - b) udzielenie informacji na temat:
 - a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c. diet, zdrowego odżywiania się,
 - c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej
- oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela,
- 2) Infolinii „baby assistance”, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:
 - a) objawach ciąży,
 - b) badaniach prenatalnych,
 - c) wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
 - d) danych teleadresowe szkół rodzenia,
 - e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - f) karmienia i pielęgnacji noworodka,
 - g) obowiązkowych szczepień dzieci.
- Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”**
16. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” przysługuje wyłącznie osobom, które wybrały wariant „Twoje Życie 55 Plus”, o którym mowa w § 3 ust. 2 OWU.
17. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące osoby ubezpieczonego.
18. Uprawnionym do otrzymania świadczeń z Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”, określonych w Tabeli 4 jest ubezpieczony.
19. Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu Medycznego „Twoje Życie 55 Plus” obejmuje świadczenia wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wymienione w:
- 1) pkt 1-17 Tabeli, dotyczące udzielenia pomocy, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu nagłego zachorowania lub na doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - 2) w pkt 18 Tabeli dotyczące usług informacyjnych.
20. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli i opisane w ust. 21-22.

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe
			nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów:	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	
	a) transportu medycznego do placówki medycznej		TAK
	b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej		TAK
	c) transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu		TAK
2	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	maksymalnie do 3 dni, do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie	TAK
3	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu pobytu	TAK
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe
			nagle zachorowanie lub obrażenie ciała w wyniku wypadku
9	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji	maksymalnie do 5 dni, do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
11	Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji laryngologa	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 150 zł	TAK
12	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1500 zł	TAK
13	Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania miejsca zamieszkania	do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie	TAK
14	Organizacja i pokrycie kosztów sprzątnięcia grobów najbliższych	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 200 zł	TAK
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 150 zł na zdarzenie	TAK
16	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
17	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
18	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp	

21. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów

- a) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego,
- b) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego,
- c) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego; wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie pięciu zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowego,

- d) **wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony) dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez ubezpieczonego; dla tej osoby ubezpieczyciel organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, maksymalnie na 3 dni i maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- e) **opieki nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a. przewozu osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, albo
 - b. przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony; w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą

lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:

- c. organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,
- f) **opieki nad zwierzętami** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu oraz opieki przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- g) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- h) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- i) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu, oraz odbiór wypożyczonego sprzętu do kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- j) **dostawy leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, do kwoty 250 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,
- k) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan jego zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
- l) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
- m) **konsultacji laryngologa** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego, maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
- n) **zakupu aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch ubezpieczonego i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, organizuje i pokrywa koszty zwrotu zakupu aparatu słuchowego do kwoty 1 500 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- o) **dostosowania miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek w miejscu zamieszkania, do kwoty 2 000 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- p) **sprzątania grobów osób bliskich** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego, zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty sprzątania grobów osób bliskich ubezpieczonego do kwoty 200 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- q) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 150 zł i w odniesieniu do maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego,
- r) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia:
- organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - organizację i pokrywa koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej, ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- s) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku

- u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), do kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
22. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
Zdrowotnych usług informacyjnych – których zakres obejmuje:
- a) dane teleadresowe:
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d. aptek czynnych przez całą dobę,
 - e. domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - b) informacje na temat:
 - a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c. diet, zdrowego odżywiania się,
 - c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
23. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę - w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela - na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
24. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - f) zatrucia ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych,
 - m) chorób przewlekłych.
25. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony, małżonek lub partner są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
26. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 25, powinny podać następujące informacje:
- 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
27. Ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
28. Jeżeli ubezpieczony małżonek lub partner z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 25, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek lub partner zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
29. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 28, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w ust. 11-15 i ust. 21-22, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym dla danej usługi.
30. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 29, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
31. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach

limitów określonych w ust. 11-14 i ust. 21.

PAKIET MEDYCZNY „TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA”

§ 51

1. Użyty w niniejszej ryzyku ubezpieczeniowym określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2 oraz w § 50 ust. 1, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
 - 2) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej, należące do świadczeniodawcy,
 - 3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
 - 4) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania kardiologicznego albo zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
 - 5) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazany pisemnie przez ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego,
 - 6) **lekarz dyżurny** – osoba o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
 - 7) **nagle zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego figurujący na liście, stanowiącej załącznik nr 7 do OWU, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący hospitalizacją ubezpieczonego,
 - 8) **osoba kontaktowa** – osoba wskazana pisemnie ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego jako osoba uprawniona do kontaktu ze świadczeniodawcą w imieniu ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań ubezpieczonego, udostępnionych przez świadczeniodawcę na zasadach opisanych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 9) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego,
 - 10) **świadczeniodawca** – podmiot realizujący świadczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 11) **teleopieka kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 12) **zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej** – objęte ochroną ubezpieczyciela: powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienione w liście stanowiącej załącznik nr 7 do OWU), ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujące hospitalizacją ubezpieczonego,
 - 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczyciela, na podstawie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, polegające na:
 - a) nagłym zachorowaniu kardiologicznym, lub
 - b) zaostrzeniu lub powikłaniu choroby przewlekłej, które wystąpiło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 14) **zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione ubezpieczonemu przez świadczeniodawcę w ramach usługi teleopieki kardiologicznej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia i po opłaceniu składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3 i 4.
4. Teleopieka kardiologiczna przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu ubezpieczonego.
5. W przypadku zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, teleopieka kardiologiczna ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej ubezpieczyciel pokrywa koszty:
 - 1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu,
 - 2) przeprowadzonego przez świadczeniodawcę telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z teleopieki kardiologicznej,
 - 3) telefonicznej opieki kardiologicznej,
 - 4) odbioru przez świadczeniodawcę aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej z miejsca pobytu ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony ubezpieczonemu.
7. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej, świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonemu całodobowy dyżur centrum telemedycznego, świadczące następujące usługi (bez limitu ilościowego):
 - 1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG,
 - 2) analizę badań przez lekarza dyżurnego,
 - 3) stały kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym,
 - 4) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG,
 - 5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - 6) udostępnienie drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie,
 - 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego świadczeniodawcy uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie osoby kontaktowej, w przypadku wyrażenia takiej woli przez ubezpieczonego,
 - 8) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania ubezpieczonego. Warunkiem udostępnienia wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie jest pisemna zgoda ubezpieczonego przekazana do centrum

- operacyjnego, o której mowa ust. 23.
8. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
 9. Warunkiem telefonicznego kontaktu lekarza dyżurnego centrum telemedycznego z ubezpieczonym jest posiadanie przez ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z centrum operacyjnym.
 10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) zdarzeń niezwiązanych z nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej,
 - 4) zdarzeń związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową,
 - 5) zdarzeń zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami,
 - 6) zdarzeń zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - 7) zdarzeń zaistniałych w wyniku poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 8) zdarzeń zaistniałych w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 9) zdarzeń zaistniałych w wyniku zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) zdarzeń powstałych w następującym:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego, niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
 11. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi teleopieki kardiologicznej, jeżeli jest ono wynikiem działania siły wyższej.
 12. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypadku wystąpienia siły wyższej.
 13. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.
 14. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
 15. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadczeniodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
 16. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informować centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awariach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
 17. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
 18. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie teleopieki kardiologicznej przez świadczeniodawcę.
 19. Po zakończeniu teleopieki kardiologicznej ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu centrum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.
 20. W celu skorzystania z teleopieki kardiologicznej ubezpieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
 21. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr polisy),
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - 3) adres miejsca pobytu.
 22. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum operacyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego leczenie.
 23. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum operacyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenie stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej, lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
 24. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świadczenia teleopieki kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 21-23, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubezpieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopieki kardiologicznej.
 25. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubezpieczonemu zestawu teleopieki kardiologicznej.
 26. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 20-22 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia teleopieki kardiologicznej, do czasu przekazania do centrum operacyjnego niezbędnych do wykonania świadczenia informacji, wymienionych w ust. 20-22.

WARIANT „TWOJE ŻYCIE 80 PLUS”

§ 52

1. W związku z osiągnięciem wieku ubezpieczonego, o którym mowa w § 7 ust. 3 pkt 6), ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach wariantu „Twoje Życie 80 Plus” na zasadach opisanych poniżej, zastrzeżeniem ust. 4.
2. W okresie co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy, ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej, wobec osoby, o której mowa w ust. 1 na zmienionych warunkach w ramach wariantu „Twoje Życie 80 Plus”. W przypadku

wyrażenia zgody przez ubezpieczającego na zmienione warunki, wobec osoby, o której mowa w ust. 1 w ramach wariantu „Twoje Życie 80 Plus” zakres ochrony ubezpieczeniowej będzie obejmował co najmniej poniższe ryzyka ubezpieczeniowe:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Śmierć ubezpieczonego
2. Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku
3. Powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku
3. W propozycji przedłużenia umowy na warunkach „Twoje Życie 80 Plus”. ubezpieczyciel określi: nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokościami świadczeń oraz wysokością składki.
4. W przypadku braku zgody ubezpieczającego na warunki „Twoje Życie 80 Plus”, wyrażonej nieopłaceniem składki w terminie wskazanym w przesłanej propozycji, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 roku życia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 53

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Zasada o której mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień stron umowy ubezpieczenia (w tym dotyczących list ubezpieczonych) oraz oświadczeń, o ile ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej)
6. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
7. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w ust. 13, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje

dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.

9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
11. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
12. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
13. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa., Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
14. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2016, poz. 1888 z późn. zm). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (Dz.U. 2016, poz. 205 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2016, poz. 380 z późn. zm.).
15. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
16. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/2019 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 16 kwietnia 2019 roku i wprowadzone w życie z dniem 16 kwietnia 2019 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 1
Wykaz wad wrodzony dotyczących
Urodzenia się Dziecka/Wnuka
„WARTA TWOJA RODZINA”

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone:

- Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe,
Q01 przepuklina mózgowa,
Q02 małogłowie,
Q03 wodogłowie wrodzone,
Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu,
Q05 rozszczep kręgosłupa,
Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego,
Q07 inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego,
Q10 wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu,
Q11 bezocze, małocze i wielkocze,
Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki,
Q13 wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka,
Q14 wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka,
Q15 inne wrodzone wady rozwojowe oka,
Q16 wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu,
Q17 inne wrodzone wady rozwojowe ucha,
Q18 inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi,
Q20 wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych,
Q21 wrodzone wady rozwojowe przegród serca,
Q22 wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej,
Q23 wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej,
Q24 inne wrodzone wady rozwojowe serca,
Q25 wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic,
Q26 wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych,
Q27 inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego,
Q28 inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia,
Q30 wrodzone wady rozwojowe nosa,
Q31 wrodzone wady rozwojowe krtani,
Q32 wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli,
Q33 wrodzone wady rozwojowe płuc,
Q34 inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego,
Q35 rozszczep podniebienia,
Q36 rozszczep wargi,
Q37 rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi,
Q38 inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani,
Q39 wrodzone wady rozwojowe przełyku,
Q40 inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
Q41 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego,
Q42 wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego,
Q43 inne wrodzone wady rozwojowe jelit,
Q44 wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby,
Q45 inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego,
Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
Q53 niezstąpienie jąder,
Q54 spodziectwo,
Q55 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich,
Q56 płeć niezeterminowana i obojnactwo rzekome,
Q60 niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej,
Q61 wielotorbielowatość nerek,
Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu,
Q63 inne wrodzone wady rozwojowe nerek,
Q64 inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego,
Q65 wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego,
Q66 wrodzone zniekształcenia stopy,
Q67 wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej,
Q68 inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne,
Q69 palce dodatkowe,
Q70 zrost palców,
Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej,
Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej,
Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone,
Q74 inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y),
Q75 inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy,
Q76 wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej,
Q77 dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa,
Q78 inne osteochondrodysplazje,
Q79 wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q80 wrodzona rybia łuska,
Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka,
Q82 inne wrodzone wady rozwojowe skóry,
Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych,
Q84 inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała,
Q85 choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy),
Q86 zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q87 inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów,
Q89 inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q90 zespół Downa,
Q91 zespół Edwardsa i zespół Pataua,
Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q93 monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q95 zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q96 zespół Turnera,
Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q99 inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej.

Załącznik nr 2
Tabela Norm oceny procentowej trwałego
uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):
 - a) uszkodzenie powłok czaszki - w zależności od rozmiaru, ruchomości i tkliwości blizn 1-10
 - b) oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej..... 1-10 u mężczyzn u kobiet
 - c) oskalpowanie od 25%-75% powierzchni skóry owłosionej..... 11-20
 - d) oskalpowanie powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej..... 21-30

UWAGA!!

W przypadku przeszczepu skóry i odtworzenia owłosienia należy ocenić wg pkt. 1a).

2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:
 - a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego 1-10
 - b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym 11-25
3. Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku:
 - a) poniżej 10 cm² 1-10
 - b) od 10 do 50 cm² 11-15
 - c) powyżej 50 cm² 16-25

UWAGA!!

Ubytki kostne uzupełniane operacją plastyczną z dobrym efektem skutkują obniżeniem uszczerbku o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości ocenianych wg pkt. 2, 3 są inne uszkodzenia powłok czaszki, należy je ocenić osobno wg pkt. 1.

4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w pkt. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej - ocenia się osobno w zależności od rodzaju i stopnia powikłań: 1-25
5. Porażenia i niedowłady połowicze:
 - a) porażenia połowicze lub paraplegia (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1 ° wg skali Lovette'a 100
 - b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2 ° wg skali Lovette'a 60-80
 - c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3 ° wg skali Lovette'a 40-60
 - d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyny dolnych 4 ° lub 4/5 ° wg skali Lovette'a 5-35
 - e) porażenie kończyn górnych 0-1 ° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 70-90
 - lewej 60-80
 - f) niedowład kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 70-90
 - lewej 60-80
 - g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 40-50
 - lewej 30-40
 - h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 30-40
 - lewej 20-30

- i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 10-30
 - lewej 5-20
- j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 ° wg skali Lovette'a 50
- k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 ° wg skali Lovette'a 30-50
- l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 ° wg skali Lovette'a 10-30

UWAGA!!

W przypadku współistnienia afazji należy dodatkowo ocenić wg pkt. 11, przy czym całkowity uszczerbek nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg pkt. 5 osobno dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE'A

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
- 1°-2° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej
6. Zespoły pozapiramidowe:
 - a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
 - b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
 - c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:
 - a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
 - b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
 - c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu..... 10-40
 - d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową..... 1-10
8. Padaczka:
 - a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
 - b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy..... 30-70
 - c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady tygodniowo i więcej)..... 40-60
 - d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc) 10-40
 - e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

UWAGA!!

Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, typowe zmiany EEG, dokumentacja z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
 - a) ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące konieczność opieki innych osób (zmiany otępienne, psychozy, zaburzenia zachowania)..... 80-100

- b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym 50-70
- c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu 30-50
- d) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o niewielkim nasileniu 10-30
- UWAGA!!**
Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).
10. Nerwice i inne utralone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
- b) utralone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 100
- b) afazja całkowita motoryczna 60
- c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
- d) afazja nieznacznego stopnia 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- a) znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60
- b) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- a) nerwu okoruchowego:
- w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
- w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
- b) nerwu błoczkowego 3
- c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
- b) ruchowe 1-10
- c) czuciowo-ruchowe 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
- b) obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
- c) izolowane uszkodzenie centralne 5-10
- UWAGA!!**
Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 5 i 9.
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego:
- a) niewielkiego stopnia 5-10
- b) średniego stopnia 10-25
- c) dużego stopnia 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-20
- B. USZKODZENIA TWARZY**
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
- b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
- c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
- b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
- c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
- d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
- e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30
- UWAGA!!**
Jeśli uszkodzenie nosa wchodzi w zakres uszkodzeń objętych pkt. 19, należy oceniać wg tego punktu (tj. wg pkt. 19).
21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
- b) siekacze i kły - utrata całkowita 3
- c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
- d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
- a) nieznacznego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-10
- c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
- a) szczęka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
- b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
- a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
- b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40

25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
- niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
 - średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
 - duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
 - całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:

- a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:

Tabela ostrości wzroku

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 /10/10/	0,9 /9/10/	0,8 /8/10/	0,7 /7/10/	0,6 /6/10/	0,5 /5/10/	0,4 /4/10/	0,3 /3/10/	0,2 /2/10/	0,1 /1/10/	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 /10/10/	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 /9/10/	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 /8/10/	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 /7/10/	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 /6/10/	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 /5/10/	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 /4/10/	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 /3/10/	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 /2/10/	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 /1/10/	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

- b) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
- c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej 38

UWAGA!!

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wysokość uszczerbku określona w pkt. 26c obejmuje również oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:
- jednego oka 15
 - obojga oczu 30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
- rozdarcie naczyńówki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
 - zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego wg Tabeli do pkt. 26a
 - urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
 - zanik nerwu wzrokowego wg Tabeli do pkt. 26a
 - z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki - bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących:
- blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) wg Tabeli do pkt. 26a
 - zaćma pourazowa wg Tabeli do pkt. 26a
 - ciała obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a + 10%
 - ciała obce wewnątrzgałkowe bez zaburzeń ostrości wzroku 10
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, promieniowania elektromagnetycznego lub działania energii elektrycznej:

- w zależności od zaburzeń ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a
 - bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg Tabeli:

Tabela pola widzenia

Zwężenie do (w °)	Przy nienaruszonym oku drugim	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60	0%	0%	35%
50	5%	15%	45%
40	10%	25%	55%
30	15%	50%	70%
20	20%	80%	85%
10	25%	90%	95%
poniżej 10	35%	95%	100%

32. Niedowidzenie połowiczne:
- dwuskroniowe 60
 - dwunosowe 30
 - jednoimiennie 30
 - inne ubytki pola widzenia (jednoczne) 1-5
33. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
- w jednym oku 25
 - w obu oczach 40
34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
- w jednym oku 15
 - w obu oczach 30

UWAGA!!

W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg Tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% dla obojga oczu.

35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) - w zależności od stopnia i natężenia:
- w jednym oku 5-10
 - w obu oczach 10-15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31) - nie mniej niż 15%: wg Tabeli 26a i 31 - nie mniej niż 15%
37. Jaskra - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższy niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu: wg Tabeli 26a i 31 - nie wyższy niż 35% za jedno oko i nie wyższy niż 100% za oboje oczu
38. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia: 50-100
39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): wg Tabeli 26a
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
- niewielkie zmiany 1-5
 - duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

41. a) Upośledzenie ostrości słuchu - trwałe uszczerbek na zdrowiu ocenia się wg poniższej Tabeli 41a:

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w modyfikacji)				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB
Ucho lewe				
0-25 dB	0%	5%	10%	20%
26-40 dB	5%	15%	20%	30%
41-70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA!!

Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.

b) w wyjątkowych przypadkach, przy braku możliwości wykonania badania audiometrycznego można się posługiwać Tabelą 41b:

Ucho prawe Ucho lewe	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%
osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%
przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

c) pourazowe szumy uszne - w zależności od stopnia nasilenia 1-5

UWAGA!!

Jeśli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg Tabeli 41a (Tabeli 41b), natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, należy oceniać wg pkt. 47.

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:

- a) utrata części małżowiny 1-5
- b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
- c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
- d) całkowita utrata obu małżowin 25-30

43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu

- oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b) wg Tabeli 41a (41b)

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

- a) jednostronne 5-10
- b) obustronne 10-15

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:

- a) jednostronne 5-15
- b) obustronne 10-20

46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:

- a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
- b) z upośledzeniem słuchu wg Tabeli 41a (41b)

47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

- a) z uszkodzeniem części słuchowej wg Tabeli 41a (41b)
- b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
- c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
- d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60

48. Uszkodzenie nerwu twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

- a) jednostronne 10-30
- b) dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20

50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:

- a) niewielka okresowa duszność, chrypka 5-10
- b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30

51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:

- a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
- b) z bezgłosem 60

52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:

- a) bez niewydolności oddechowej 1-10
- b) duszność wysiłkowa 10-20
- c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
- d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60

53. Uszkodzenia przełyku:

- a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
- b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
- c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
- d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80

54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:

- a) niewielkiego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-15
- c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

UWAGA!!

Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać wg pkt. 89.

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:
- a) zniekształcenia, ubytki i blizny bez ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej 1-5
 - b) zniekształcenia, ubytki i blizny z niewielkim ograniczeniem wydolności oddechowej 5-10
 - c) zniekształcenia, ubytki i blizny ze średnim ograniczeniem wydolności oddechowej 10-20
 - d) zniekształcenia, rozległe blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym ograniczeniem wydolności oddechowej 20-40
56. Utrata brodawki sutkowej:
- a) u mężczyzn - oceniać wg pkt. 55a 1-5
 - b) u kobiet - w zależności od rozległości blizny, wieku oraz utraty funkcji 5-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn, płci i wieku:
- a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata sutka 5-15
 - b) całkowita utrata sutka 15-25
 - c) utrata całkowita sutka z częścią mięśnia piersiowego 25-35

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57

Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:
- a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
 - b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
 - c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
 - d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30
59. Złamanie mostka:
- a) bez zniekształceń 1-3
 - b) ze zniekształceniami 3-10
60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością ciał obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
- a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej 1-5
 - b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia 5-10
 - c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia 10-25
 - d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

Przy orzekaniu wg pkt. 61 i 62 należy potwierdzać uszczerbek badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim - RTG.

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, FEV₁ 70-80%, FEV₁ % VC 70-80% - w odniesieniu do wartości należnych
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 50-70%, FEV₁ 50-70%,

FEV₁ % VC 50-70% - w odniesieniu do wartości należnych

- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej - VC poniżej 50%, FEV₁ poniżej 50%, FEV₁ % VC poniżej 50% - w odniesieniu do wartości należnych.

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:
- a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości 5-10
 - b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20
 - c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości 20-40
 - d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości 40-60
 - e) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

UWAGA!!

Przy orzekaniu uszczerbku należy uwzględnić dokumentację z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, badania RTG, EKG i ECHO.

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

Bez ograniczenia aktywności fizycznej: podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności ani kołatania serca.

KLASA II

Niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność.

KLASA III

Znaczne ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, jednak mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna, powoduje występowanie objawów klinicznych.

KLASA IV

Niemożliwość wykonywania jakiegokolwiek wysiłku bez dyskomfortu: objawy niewydolności serca występują nawet w spoczynku i nasilają się przy każdym wysiłku.

64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:
- a) bez zaburzeń funkcji np. po leczeniu operacyjnym 1-5
 - b) zaburzenia niewielkiego stopnia 5-10
 - c) zaburzenia średniego stopnia 10-20
 - d) zaburzenia dużego stopnia 20-40

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny itp.) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej:

- a) blizny, niewielkie ubytki tkanek 1-5
- b) rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny 5-15
- c) przetoki 15-30

UWAGA!! Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu powłok brzusznych).

Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym (np. po dźwignięciu ciężaru).

66. Uszkodzenia żołądka, jelit i sieci:
- a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego..... 1-5
 - b) z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
 - c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40
 - d) ze znacznymi zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie poza jelitowe 40-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbył - w zależności od stopnia zanieczyszczenia się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:
- a) jelita cienkiego..... 30-80
 - b) jelita grubego..... 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:
- a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - b) powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
- a) pełnościenne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) wypadanie błony śluzowej..... 5-10
 - c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70

Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

71. Uszkodzenie śledziony:
- a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym..... 1-5
 - b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
 - c) utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi 15
 - d) utrata śledziony ze zmianami w obrazie krwi i/lub ze zrostami otrzewnowymi 30
72. Uszkodzenia wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i trzustki - w zależności od zaburzeń funkcji i od powikłań:
- a) utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu 10-20
 - c) z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPICIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
- a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
- a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
 - b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
- a) bez zaburzeń funkcji 1-5

- b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
 - c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem:
- a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym 10-25
 - b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
- a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń 5-15
 - b) z nawracającymi zakażeniami 15-30
 - c) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jednego jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji: 5-20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
84. Pourazowy wodniak jądra:
- a) wyleczony operacyjnie 2
 - b) w zależności od nasilenia zmian 2-10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
- a) uszkodzenie lub częściowa utrata 5-20
 - b) utrata w wieku do 50 lat 40
 - c) utrata w wieku powyżej 50 lat 20
86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
- a) blizny, ubytki, deformacje 1-10
 - b) wypadanie pochwy 10
 - c) wypadanie pochwy i macicy 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

87. Nagłe zatrucia gazami i/lub substancjami chemicznymi:
- a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
 - b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych 10-25

UWAGA!!

Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać wg odpowiednich pkt. Tabeli dotyczących układu nerwowego.

88. Następstwa innych zatruc oraz następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia energią elektryczną, ukąszenia):
- a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
 - b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim 5-15
 - c) powodujące upośledzenie funkcji narządów w stopniu znacznym - oceniać wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu

UWAGA!!

Uszkodzenia wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich Tabel - 26a, 31, 41a, 41b. Miejscowe następstwa czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać wg pkt. Tabel odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
- a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie

- uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgow poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
- b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 5-15
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 15-40
- d) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 89b lub 89c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Ograniczenie ruchomości spowodowane zespołem bólowym korzeniowym oceniać należy wg pkt. 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11):
- a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego, złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania powodujące zniekształcenia średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 1-5
- b) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 5-15
- c) całkowite zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa 15-40

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 90b lub 90c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeśli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości jest zespół bólowy korzeniowy, należy oceniać wg pkt. 95d.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):
- a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości..... 1-5
- b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości..... 5-12
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20

- d) zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 30-40

UWAGA!!

Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, należy oceniać wg pkt. 91. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego, należy oceniać wg pkt. 91b i 91c, w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy należy oceniać wyłącznie wg pkt. 95d i 95e.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, złamanie kości guzicznej:
- a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej 1-2
- b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgow - w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa 2-10

UWAGA!!

Zespół bólowy guziczny w następstwie stłuczenia lub złamania kości guzicznej należy oceniać wg pkt. 95h.

93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o: ... 5-10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:
- a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
- b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch łasek..... 70
- c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce..... 40
- d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)..... 100
- e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym) 70
- f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) 30
- g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
- h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30
95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
- a) szyjne bólowe..... 2-5
- b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
- c) szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
- d) piersiowe 2-10
- e) lędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
- f) lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
- g) lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
- h) guziczne 2-5

UWAGA !!

Przy ostatecznym ustalaniu uszczerbku wg pkt. 95 należy uwzględnić uszczerbek ustalony przez ortopedę (w zależności od stwierdzanych następstw należy obniżyć uszczerbek).

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:
- a) rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu 1-5
 - b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu 5-15
 - c) rozejście, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie - w zależności od zaburzeń chodu 15-35

UWAGA!!

Przy towarzyszącym złamaniu kości miednicy należy oceniać wg pkt. 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń chodu:
- a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kość kulszowa) 1-5
 - b) w odcinku przednim obustronnie 5-15
 - c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) 15-30
 - d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie 30-45
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu biodrowego - w zależności od upośledzenia funkcji stawu:
- a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
 - b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
 - c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35
 - d) bardzo duże zmiany - zeszywnienie w stawie - w zależności od ustawienia 35-55

UWAGA!!

Uraz stawu biodrowego wyleczony protezą należy oceniać wg pkt. 143.

99. Izolowane złamanie miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej (biodrowej):
- a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji 1-5
 - b) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
 - c) jednomiejscowe złamanie miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 3-10
 - d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁOPATKA

100. Łopátka - złamanie łopatki: Prawa Lewa
- a) wygojone złamanie łopatki z niewielkim przemieszczeniem, bez większych zaburzeń

- funkcji kończyny 1-10 1-5
- b) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30 5-25
- c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami 30-55 25-45

UWAGA!!

Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

101. Obojczyk - złamanie obojczyka: Prawa Lewa
- a) niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów 1-3 1-2
 - b) średniego stopnia zniekształcenie i mierne ograniczenie ruchów 3-10 2-5
 - c) duże zniekształcenie i znaczne ograniczenie ruchów 10-25 5-20
102. Staw rzekomy obojczyka Prawa Lewa
- w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny: 5-25 1-20
103. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia funkcji dźwignia i stopnia zniekształcenia: Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-3
 - b) zmiany średniego stopnia 5-15 3-12
 - c) znaczne zmiany 15-25 12-20

UWAGA!!

Jeśli deficyt funkcji kończyny wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wg pkt. 182, natomiast stopień zniekształcenia wg pkt. 101-103. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo wg pkt. 182.

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o: 1-5
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- a) mierne stopnia 1-10 1-5
 - b) średniego stopnia 10-20 5-15
 - c) dużego stopnia 20-30 15-25
106. Zestarzałe nieodprowadzone Prawa Lewa
- zwichnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: 20-30 15-25
107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją lekarską: Prawa Lewa
- a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości 5-25 5-20
 - b) nie leczone operacyjnie 25 20

UWAGA!!

Nawrotowe zwichnięcie jest skutkiem ostatniego wcześniejszego zwichnięcia stawu barkowego. Przy ustalaniu uszczerbku należy uwzględnić uszczerbek

istniejący po poprzednim zwknięciu. Kolejne zwknięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości	Prawa	Lewa
- w zależności od zaburzeń funkcji:	25-40	20-35

UWAGA!!

Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

109. Zesztywnienie stawu barkowego:	Prawa	Lewa
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antypozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) - w zależności od ustawienia funkcji:	20-35	15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu	wg pkt.	wg pkt.
- oceniać wg pkt. 105 i 109:	105 i 109	105 i 109
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 105-110, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzeń funkcji:	1-35	1-25
	Prawa	Lewa
112. Utrata kończyny w barku:	75	70
	Prawa	Lewa
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:	80	75

RAMIĘ

114. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczenia ruchów w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym:	Prawa	Lewa
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	3-15	2-10
b) duże zmiany - ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych wynikających z techniki operacyjnej) i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
115. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien i ich przyczepów, nerwów ramienia, naczyń - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:	Prawa	Lewa
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	1-5	1-5
b) zmiany średnie	5-10	5-10
c) zmiany duże	30-55	25-50

UWAGA!! Oceniać wyłącznie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 114.

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:	Prawa	Lewa
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b) przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia - w zależności od rozmiarów:	Prawa	Lewa
	1-6	1-4

ŁOKIEĆ

118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i

ograniczenia ruchów:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-15	5-10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy	15-30	10-25
119. Zesztywnienie stawu łokciowego:	Prawa	Lewa
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	30	25
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
120. Uszkodzenie łokcia - zwknięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń:	Prawa	Lewa
a) zmiany niewielkiego stopnia	1-5	1-4
b) zmiany średniego stopnia	5-15	4-10
c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami	15-40	10-35

UWAGA!!

Należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 118.

121. Cepowy staw łokciowy - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	Prawa	Lewa
	15-30	10-25
122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	Prawa	Lewa
	65	60

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH STAWU ŁOKCIOWEGO Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego - 0°, pełne zgięcie - 140°, supinacja i pronacja - 0°-80°.

PRZEDRAMIĘ

123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów rotacyjnych przedramienia, ruchów palców:	Prawa	Lewa
a) z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka rylcowatego)	1-5	1-4
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3-10	2-8
c) średnie lub duże zniekształcenie ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi	10-20	8-15
d) bardzo duże zniekształcenia, ze dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi	20-30	15-25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-20	5-15
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-30	15-25
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń - w zależności od rozmiarów uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):	Prawa	Lewa

a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) znaczne zmiany	10-20	8-15

b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) rozległe zmiany	10-20	8-18

UWAGA!!

Wg pkt. 125 należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku towarzyszących złamań orzekać należy odpowiednio wg pkt. 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) zmiany średniego stopnia	10-20	10-15
b) zmiany dużego stopnia	20-35	15-30
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) średniego stopnia	10-25	10-20
b) dużego stopnia	25-40	20-35
128. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaną techniką operacyjną), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 123-127, zwiększając stopień uszczerbku w zależności o:	Prawa	Lewa
od stopnia powikłań o:	1-15	1-10
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	Prawa	Lewa
55-65	55-60	50-60
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego:	Prawa	Lewa
55	55	50

NADGARSTEK

131. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwichnięcie, złamania - w zależności od blizn, zniekształceń, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) niewielkiego stopnia	1-10	1-8
b) średniego stopnia	10-20	8-15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
132. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:	Prawa	Lewa
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	15-25
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 131-132 zwiększając stopień uszczerbku - w zależności o:	Prawa	Lewa
1-10	1-10	1-10
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:	Prawa	Lewa
55	55	50

ŚRÓDRĘCZE

135. Uszkodzenie śródrezcza, złamania kości II-V, uszkodzenie części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) - w zależności od blizn, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4

KCIUK

136. Utrata kciuka - w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1-5	1-4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5-15	4-13
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	15-20	13-18
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego ponad 2/3 jego długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrezcza	20-25	18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza	25-35	23-33
137. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów) - w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-15	4-13
c) znaczne zmiany	15-20	13-18
d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka (dotyczy utraty funkcji)	20-25	18-23
e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródrezcza	25-35	23-30

UWAGA!!

Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

PALEC WSKAZUJĄCY

138. Utrata w obrębie wskaźciela - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaźciela, upośledzenia funkcji dłoni:	Prawa	Lewa
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1-5	1-4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5-10	5-8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10-15	8-13
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	15-20	13-18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20-25	18-23
f) utrata wskaźciela w obrębie lub z kością śródrezcza	25-30	23-27
139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaźciela: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp. - w zależności od stopnia:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c) zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d) zmiany znacznego stopnia graniczące z utratą wskaźciela (bezużyteczność palca)	15-20	13-18

PALEC TRZECI (III), CZWARTY (IV) I PIĄTY (V)

140. Utrata częściowa lub całkowita palców trzeciego, czwartego i piątego (każdy palec ocenia się osobno):..... Prawa Lewa
- a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej..... 1-2,5 1-2
- b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 2,5-5 2-4,5
- c) utrata dwóch paliczków 5-8 4,5-7
- d) utrata trzech paliczków 8-10 7-8,5
141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie Prawa Lewa
lub z kością śródreczą: 10-15 8-13

UWAGA!!

Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaźnika - ocenia się podwójnie palec III. Palec III może zastąpić wskaźnika, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji dłoni.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V: złamania, zwichnięcia, blizny, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, zniekształcenia, przykurcze, zeszywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp. - za każdy palec - w zależności od stopnia:..... Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-2,5 1-2
- b) zmiany średniego stopnia 2,5-5 2-4,5
- c) zmiany dużego stopnia 5-8 4,5-7
- d) całkowita bezużyteczność palca 9 8

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, całkowita ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi uszkodzenia ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej 55%, a dla lewej 50%).

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

143. Uszkodzenia stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skróceń, zniekształcenia, zmian wtórnych:
- a) ze zmianami miernego stopnia 5-10
- b) ze zmianami średniego stopnia 10-20
- c) ze zmianami dużego stopnia 20-40
- d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenie leczenia operacyjnego itp.) 40-65
- e) leczenie uszkodzenia zakończone pomyślnym wszczęciem protezy stawu biodrowego w zależności od ograniczenia funkcji 15-40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu torebkowo - więzadłowego, mięśni, naczyń, skóry - w zależności od blizn, ubytków, ograniczenia ruchów:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-15
- c) znacznego stopnia 15-25

UWAGA!!

Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
- a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
- b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60

146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o: 5-15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oproteżowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
- a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
- b) średnie zmiany lub skrócenie do 4 - 6 cm 15-30
- c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiającej obciążenie kończyny, opóźniony wzrost kości - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych: 40-60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-10
- c) znacznego stopnia 10-20
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych: 5-30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o: 10-65

UWAGA!! DOTYCZY PUNKTÓW OD 148 DO 151 i 153. Łączny uszczerbek oceniany wg pkt. 148-151 i pkt. 153 nie może przekroczyć 70%.

154. Utrata kończyny - w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oproteżowania 50-70

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statycznie - dynamicznych kończyny i innych zmian:
- a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprostów do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
- b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostów do kąta w zakresie 15°-5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny 10-25

- c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0° do 40° i/lub deficyt wyprostu do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny..... 25-40
 - d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 30
 - e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, więzadła, łąkotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statycznie - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkoteczek, stan po leczeniu operacyjnym łąkoteczek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
 - b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkoteczek, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10
 - c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkoteczek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu..... 10-25
 - d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciała obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:
- a) niewielkie zmiany 1-5
 - b) średnie zmiany 5-10
 - c) duże zmiany 10-20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:..... 65

UWAGA!!

Prwidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia. Jeśli zeszywnienie stawu kolanowego jest spowodowane innymi uszkodzeniami niż złamania kości, należy oceniać wg pkt. 155d lub 155e. Nawrotowe zwichnięcia rzepki należy oceniać uwzględniając uszczerbek istniejący po poprzednich zwichnięciach. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:
- a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15
 - b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm..... 15-30
 - c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp..... 30-50

160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:..... 1-5
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:
- a) niewielkie zmiany 1-5
 - b) średnie zmiany 5-15
 - c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne..... 15-35

UWAGA!!

Należy orzekać jedynie uszkodzenia tkanek miękkich bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości należy orzekać wg pkt. 159 i 160.

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, jego długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:
- a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej (u dzieci do 10 lat przy długości kikuta do 6 cm) 60
 - b) przy dłuższych kikutach 40-55

STAW SKOKOWY, STOPA

163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:
- a) niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny i ubytki 1-2
 - b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu więzadeł, bez niestabilności w stawach 2-5
 - c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach 5-10
 - d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł 10-20
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dolnych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statycznie- dynamicznych stopy, zeszywnienia stawów - w zależności od stopnia zmian:
- a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 2-5
 - b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych 5-10
 - c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych lub zeszywnienia w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego 10-20
 - d) zeszywnienia w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 20-30
 - e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszywnieniem w ustawieniu niekorzystnym 20-40
165. Złamanie kości skokowej i/lub piętowej (nie wchodzące w zakres pkt. 164) - w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statycznie- dynamicznych stopy i innych powikłań:

- a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 1-10
 b) średniego stopnia 10-20
 c) duże zmiany 20-30
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej - w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:
 a) częściowa utrata 20-30
 b) całkowita utrata 30-40
167. Złamania i zwichnięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:
 a) niewielkiego stopnia - w zależności od zmian czynnościowych 1-5
 b) średniego stopnia - w zależności od zmian czynnościowych 5-10
 c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami - w zależności od wielkości zaburzeń 10-20
168. Złamania kości śródstopia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:
 a) I lub V kości śródstopia 1-15
 b) II, III i IV kości śródstopia 1-10
 c) złamanie dwóch kości śródstopia 10-15
 d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia 10-20
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 168 zwiększając stopień uszczerbku (w zależności od stopnia powikłań) o: 1-10
170. Inne uszkodzenia stopy - w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:
 a) zmiany niewielkie 1-5
 b) średnie zmiany 5-10
 c) duże zmiany 10-15
171. Utrata stopy w całości: 50
 172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta: 40
 173. Utrata stopy w stawie Lisfranca: 35
 174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta: 20-30

PALCE STOPY

175. Utrata w zakresie palucha - w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:
 a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej 1-5
 b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 5-8
 c) utrata całego palucha 10
176. Inne uszkodzenia palucha - zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji stopy:
 a) niewielkie zmiany 1-3
 b) średnie zmiany 3-6
 c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem 6-10
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia: 15-25
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:
 a) częściowa utrata na wysokości paliczka środkowego - za każdy palec 1
 b) całkowita utrata - za każdy palec 2
179. Utrata palca V z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia: 5-15
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości

- śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych - za każdy palec: 3-5
181. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji - oceniać łącznie: 1-5

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW

Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę palca. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy - należy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

182. Uszkodzenie nerwów częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:
- | | | |
|--|------|---------------|
| a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym | 1-15 | |
| | | Prawa Lewa |
| b) nerwu piersiowego długiego | 1-15 | 1-10 |
| c) nerwu pachwowego | 1-25 | 1-20 |
| d) nerwu mięśniowo - skórno-
- części czuciowej, ruchowej
lub całego nerwu | 1-25 | 1-20 |
| e) nerwu promieniowego powyżej
odejścia gałązki do mięśnia
trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub
całego nerwu | 1-35 | 1-35 |
| f) nerwu promieniowego poniżej
odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego
ramienia - części czuciowej, ruchowej
lub całego nerwu | 1-30 | 1-25 |
| g) nerwu promieniowego nad wejściem
do kanału mięśnia odwracacza
przedramienia - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-25 | 1-20 |
| h) nerwu promieniowego po wyjściu
z kanału mięśnia odwracacza
przedramienia - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-15 | 1-10 |
| i) nerwu pośrodkowego w zakresie
ramienia - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-40 | 1-30 |
| j) nerwu pośrodkowego w zakresie
nadgarstka - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-20 | 1-15 |
| k) nerwu łokciowego - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-25 | 1-20 |
| l) splotu barkowego części
nadobojczykowej (górnjej) | 1-25 | 1-20 |
| ł) splotu barkowego części
podobojczykowej (dolnej) | 1-45 | 1-40 |
| m) pozostałych nerwów odcinka
szyjnego - piersiowego | 1-15 | |
| n) nerwu zasłonowego - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-20 | |
| o) nerwu udowego - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-30 | |
| p) nerwów pośladkowych
(górnego i dolnego) | 1-20 | |
| r) nerwu sromowego wspólnego | 1-25 | |
| s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw
piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości
ponad 50% stosować tylko przy
nieuleczalnych owrzodzeniach) | 1-60 | |
| t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości
ponad 30% stosować tylko przy
nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-40 | |
| u) nerwu strzałkowego - części czuciowej,
ruchowej lub całego nerwu | 1-25 | |
| w) splotu lędźwiowo - krzyżowego | 1-70 | |
| z) pozostałych nerwów odcinka
lędźwiowo - krzyżowego | 1-10 | |

UWAGA!!

Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów..... 1-50

Załącznik nr 3**Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA TWOJA RODZINA”**

1. Niniejszy katalog określa następujące metody leczenia specjalistycznego, będące przedmiotem ubezpieczenia w ramach ryzyka ubezpieczeniowego leczenia specjalistycznego ubezpieczenia:

- 1) ablacja (100%)*,
- 2) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%),
- 3) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%),
- 4) chemioterapia (100%),
- 5) radioterapia (100%),
- 6) terapia interferonowa (100%),
- 7) dializoterapia (100%),
- 8) wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%).

* w nawiasach podano wysokość świadczenia w procencie kwoty świadczenia wskazanej we wnioskopolisie.

1) ABLACJA

Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca,

2) WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA

Za wszczepienie kardiowertera/defibrylatora uważa się metodę leczenia chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną,

3) WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA SERCA, KARDIOSTYMULATORA)

Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia) polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego,

4) CHEMIOTERAPIA

Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej przy użyciu co najmniej jednego leku z grupy leków L, według klasyfikacji ATC, podanego drogą pozajelitową,

5) RADIOTERAPIA

Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych,

6) TERAPIA INTERFERONOWA

Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową,

7) DIALIZOTERAPIA

Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej,

8) WERTEBROPLASTYKA

Za wertebroplastyk uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.

Załącznik nr 4**Katalog Operacji „WARTA TWOJA RODZINA”**

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
2.	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	5
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
4.	Drenaż okolicy zmiany w tkance mózgowej	4
5.	Operacja wszczepienia stymulatora mózgu (neurostymulacja mózgu)	4
6.	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	4
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego	5
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	4
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	4
12.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	3
15.	Usunięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
16.	Operacja naprawcza opony twardej	5
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	4
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej	4
19.	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
20.	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	5
21.	Wycięcie nerwu obwodowego	2
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego	2
23.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	2
24.	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	3
25.	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	3
B	Operacje gruczołów dokrewnych i gruczołu sutkowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	4
2.	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	4
3.	Operacja szyszynki	5
4.	Całkowite usunięcie tarczycy	4
5.	Wycięcie połowy tarczycy (płata)	3
6.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	4
7.	Wycięcie tarczycy językowej	3

8.	Wycięcie przytarczyc	3
9.	Wycięcie grasicy	2
10.	Wycięcie nadnercza	3
11.	Wycięcie zmiany nadnercza	2
12.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	3
13.	Całkowite wycięcie (amputacja) gruczołu sutkowego	4
14.	Częściowe wycięcie gruczołu sutkowego	2
15.	Usunięcie zmiany gruczołu sutkowego	1
16.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	1
C Operacje oka		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Wycięcie gałki ocznej	3
2.	Usunięcie zmiany oczodołu	3
3.	Protezowanie gałki ocznej	1
4.	Rewizja protezy gałki ocznej	1
5.	Operacyjna plastyka oczodołu	3
6.	Nacięcie oczodołu	2
7.	Usunięcie zmiany powieki	1
8.	Wycięcie nadmiaru powieki	1
9.	Rekonstrukcja powieki	1
10.	Korekcja deformacji powieki	1
11.	Korekcja opadania powieki	1
12.	Operacja gruczołu łzowego	1
13.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
14.	Operacja kanału łzowego	1
15.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
16.	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
17.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
18.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
19.	Usunięcie zmiany spojówki	1
20.	Operacja naprawcza spojówki	1
21.	Wycięcie zmiany rogówki	1
22.	Operacja naprawcza rogówki	1
23.	Usunięcie zmiany twardówki	1
24.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
25.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki bez klamrowania	1
26.	Nacięcie twardówki	1
27.	Wycięcie tęczówki	1
28.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
29.	Nacięcie tęczówki	1
30.	Usunięcie ciała rzęskowego	2
31.	Zewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	2
32.	Wewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	2
33.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
34.	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2

35.	Operacja ciała szklistego	2
36.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
D Operacje ucha		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
2.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
3.	Plastyka ucha zewnętrznego	2
4.	Drenaż ucha zewnętrznego	1
5.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
7.	Drenaż ucha środkowego	1
8.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
9.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
10.	Operacja trąbki Eustachiusza	2
11.	Operacja ślimaka	4
12.	Operacja aparatu przedsionkowego	3
13.	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
E Operacje układu oddechowego		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Operacja naprawcza nosa (po złamaniu kości nosa)	2
2.	Operacja przegrody nosa	1
3.	Amputacja (usunięcie) nosa	3
4.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
5.	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
6.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	2
7.	Operacja zatoki czołowej	2
8.	Operacja zatoki klinowej	2
9.	Operacja zatoki nosa	1
10.	Wycięcie gardła	4
11.	Operacja naprawcza gardła	3
12.	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2
13.	Wycięcie krtani	3
14.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	3
15.	Rekonstrukcja krtani	3
16.	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	1
17.	Usunięcie zrostów krtani	1
18.	Częściowe wycięcie tchawicy	4
19.	Plastyka tchawicy	3
20.	Usunięcie zrostów tchawicy	1
21.	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	3
22.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
23.	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
24.	Częściowe usunięcie oskrzela	3

25.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	11.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	3
26.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	12.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	2
27.	Przeszczep płuca	5	13.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	2
28.	Całkowite usunięcie płuca	5	14.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
29.	Usunięcie płata płuca	4	15.	Operacja antyrefluksowa	2
30.	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	4	16.	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	1
31.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	3	17.	Całkowite wycięcie żołądka	5
32.	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	3	18.	Częściowe wycięcie żołądka	4
			19.	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	4
			20.	Operacja plastyczna żołądka	4
F	Operacje w zakresie jamy ustnej	Poziomy operacji*	21.	Zespoleń żołądkowo-dwunastnicze	3
	Nazwa operacji		22.	Zespoleń żołądkowo-czce	3
1.	Częściowe wycięcie wargi	1	23.	Gastrostomia	1
2.	Usunięcie zmiany wargi	1	24.	Usunięcie zrostów otrzewnowych metodą otwartą	2
3.	Korekcja deformacji wargi	2	25.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
4.	Całkowite wycięcie języka	3	26.	Pyloromyotomia	2
5.	Usunięcie zmiany języka	1	27.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	1
6.	Nacięcie języka	1	28.	Wycięcie dwunastnicy	3
7.	Usunięcie zmiany podniebienia	1	29.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	3
8.	Korekcja deformacji podniebienia	3	30.	Zespoleń omijające dwunastnicy	3
9.	Wycięcie migdałków	1	31.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
10.	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	1	32.	Endoskopowa operacja dwunastnicy	1
11.	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2	33.	Wycięcie jelita czczego	3
12.	Wycięcie ślinianki	1	34.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	3
13.	Usunięcie zmiany ślinianki	1	35.	Jejunostomia	3
14.	Nacięcie gruczołu ślinowego	1	36.	Zespoleń omijające jelita czczego	3
15.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1	37.	Endoskopowa operacja jelita czczego	2
16.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1	38.	Wycięcie jelita krętego	3
17.	Podwiązanie przewodu ślinowego	1	39.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	3
18.	Poszerzenie przewodu ślinowego	1	40.	Zespoleń omijające jelita krętego	3
			41.	Rewizja zespolenia jelita krętego	3
G	Operacje górnej części przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*	42.	Wytworzenie ileostomii	3
	Nazwa operacji		43.	Rewizja ileostomii	3
1.	Wycięcie przełyku i żołądka	5	44.	Śródbrzusze manipulacje na jelicie krętym	2
2.	Całkowite wycięcie przełyku	5	45.	Endoskopowa operacja jelita krętego	2
3.	Częściowe wycięcie przełyku	3			
4.	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	3	H	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
5.	Zespoleń omijające przełyku	5		Nazwa operacji	
6.	Rewizja zespolenia przełyku	3	1.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
7.	Operacja naprawcza przełyku	5	2.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
8.	Wytworzenie przetoki przełykowej	3	3.	Całkowite wycięcie okrężnicy	5
9.	Nacięcie przełyku	2	4.	Nacięcie okrężnicy	2
10.	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	3	5.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	4
			6.	Resekcja poprzecznicy	4

7.	Lewostronna hemikolektomia	4
8.	Wycięcie esicy	4
9.	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	4
10.	Zespolenie omijające okrężnicy	3
11.	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	2
12.	Wyłonienie kątnicy	3
13.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	3
14.	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	1
15.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy	1
16.	Wycięcie odbytnicy metodą otwartą	5
17.	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	4
18.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	4
19.	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	3
20.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	4
21.	Wycięcie odbytu	4
22.	Wycięcie zmiany odbytu	1
23.	Operacja naprawcza odbytu	3
24.	Wycięcie hemoroidów	2
25.	Drenaż przez okolicę krocza	1
26.	Wycięcie zatoki włosowej	1
I	Operacje innych narządów jamy brzusznej	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep wątroby	5
2.	Częściowe wycięcie wątroby	4
3.	Usunięcie zmiany wątroby	4
4.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	3
5.	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2
6.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
7.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
8.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	3
9.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	1
10.	Przejskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	2
11.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	3
12.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
13.	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
14.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
15.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	3
16.	Nacięcie przewodu żółciowego	2
17.	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
18.	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
19.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	1
20.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
21.	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	1

22.	Przejskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	1
23.	Przejskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	2
24.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	1
25.	Przeszczep trzustki	5
26.	Całkowite wycięcie trzustki	5
27.	Wycięcie głowy trzustki	5
28.	Usunięcie zmiany trzustki	3
29.	Zespolenie przewodu trzustkowego	4
30.	Otwarty drenaż trzustki	3
31.	Nacięcie trzustki	3
32.	Całkowite wycięcie śledziony	2
33.	Wycięcie zmiany śledziony	1
J	Operacje serca i naczyń wieńcowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep płuc i serca	5
2.	Przeszczep serca	5
3.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
4.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	5
5.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
6.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	5
7.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
8.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
9.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	4
10.	Przeznaczyniowa operacja przegrody serca	4
11.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	4
12.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	4
13.	Plastyka przedsionka serca	5
14.	Walwuloplastyka mitralna	5
15.	Walwuloplastyka aortalna	5
16.	Plastyka zastawki trójdzielnej	5
17.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
18.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	5
19.	Rewizja plastyki zastawki serca	5
20.	Otwarta walwulotomia	5
21.	Zamknięta walwulotomia	5
22.	Przejskórna operacja dotycząca zastawki serca	4
23.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
24.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	5
25.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	5
26.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	5

27.	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	5
28.	Otwarta koronaroplastyka	4
29.	Przeżyłowa balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
30.	Otwarta operacja układu bójcoprzewodzącego serca	4
31.	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	3
32.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
33.	Inny stały sposób stymulacji serca	4
34.	Wycięcie osierdzia	5
35.	Drenaż osierdzia	3
36.	Nacięcie osierdzia	3
K	Operacje naczyń tętniczych i żylnych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
2.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5
3.	Przeżyłowa operacja dotycząca wad wielkich naczyń	4
4.	Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
5.	Zespolecie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
6.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	5
7.	Przeżyłowa operacja tętnicy płucnej	4
8.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
9.	Wycięcie tętniaka aorty	5
10.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
11.	Plastyka aorty	5
12.	Przeżyłowa operacja aorty	4
13.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	4
14.	Przeżyłowa operacja tętnicy szyjnej	3
15.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej metodą otwartą	2
16.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
17.	Przeżyłowa operacja tętnicy mózgowej	3
18.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
19.	Przeżyłowa operacja tętnicy podobojczykowej	3
20.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
21.	Przeżyłowa operacja tętnicy nerkowej	3
22.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
23.	Przeżyłowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
24.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
25.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
26.	Przeżyłowa operacja tętnicy biodrowej	3
27.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
28.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
29.	Przeżyłowa operacja tętnicy udowej	2
30.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	2

31.	Wycięcie innej tętnicy	2
32.	Operacja naprawcza innej tętnicy	2
33.	Przeżyłowa operacja terapeutyczna innych tętnic	2
34.	Zespolecie tętniczo-żylnie	2
35.	Zespolecie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
36.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
37.	Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
38.	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	1
39.	Przeżyłowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	1
L	Operacje układu moczowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep nerki	4
2.	Całkowite wycięcie nerki	4
3.	Częściowe wycięcie nerki	3
4.	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	3
6.	Nacięcie nerki	2
7.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	1
8.	Operacja nerki przez nefrostomię	1
9.	Wycięcie moczowodu	3
10.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	3
11.	Reimplantacja moczowodu	3
12.	Operacja naprawcza moczowodu	3
14.	Endoskopowa operacja moczowodu przez nefroskop	2
15.	Endoskopowa operacja moczowodu przez ureteroskop	1
16.	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	2
17.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
18.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
19.	Powiększenie pęcherza metodą otwartą	3
20.	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrzowej	1
21.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
22.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	1
23.	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
24.	Brzuszną plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
26.	Endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	1
27.	Wycięcie prostaty metodą otwartą	3
28.	Endoskopowa operacja prostaty	1
29.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	1
30.	Wycięcie cewki moczowej	3
31.	Operacja naprawcza cewki moczowej	3
32.	Endoskopia cewki moczowej	1
33.	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	1

M	Operacje męskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Usunięcie moszny	2
2.	Częściowe wycięcie moszny	1
3.	Obustronne wycięcie jąder	3
4.	Usunięcie jądra	2
5.	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	3
6.	Sprowadzenie jądra do moszny	2
7.	Protezowanie jądra	2
8.	Operacja wodniaka jądra	1
9.	Operacja najądrza	1
10.	Wycięcie nasieniowodu	1
11.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
12.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
13.	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
14.	Amputacja prącia	3
15.	Usunięcie zmiany prącia	1
16.	Operacja naprawcza prącia	1
17.	Protezowanie prącia	1
18.	Operacja napletka	1
N	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja łechtaczki	1
2.	Operacja gruczołu Bartholina	1
3.	Wycięcie sromu	2
4.	Wycięcie zmiany sromu	1
5.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
6.	Nacięcie kanału pochwy	1
7.	Wycięcie pochwy	1
8.	Nacięcie zrostów pochwy	1
9.	Usunięcie zmiany pochwy	1
10.	Operacja naprawcza pochwy	1
11.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	1
12.	Plastyka sklepienia pochwy	1
13.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
14.	Wycięcie szyjki macicy	1
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
16.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	4
17.	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	3
18.	Operacja macicy metodą endoskopową	1
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
21.	Częściowe wycięcie jajowodu	2
22.	Wszczepienie protezy jajowodu	2
23.	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
24.	Nacięcie jajowodu	2

25.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	2
26.	Częściowe wycięcie jajnika	2
27.	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	2
28.	Operacja naprawcza jajnika	2
29.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	2
30.	Operacja więzadła szerokiego macicy	2
31.	Operacja innego więzadła macicy	2
O	Operacje skóry	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3
2.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
3.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórniego	1
4.	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
5.	Przeszczep płata skórniego z unerwieniem	3
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	1
7.	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
8.	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
9.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	1
10.	Przeszczep płata śluzówki	1
11.	Siatkowy autoprzyszczep skóry	1
12.	Przeszczep śluzówki	1
13.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
14.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
15.	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	1
P	Operacje tkanek miękkich	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
2.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
3.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	4
4.	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	2
5.	Operacja naprawcza pękniętej przepony	5
6.	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	1
7.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
8.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
9.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
10.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
11.	Plastyka przepukliny pępkowej	1
12.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
13.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
14.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
15.	Operacja dotycząca pępka	1

16.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	1
17.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	1
18.	Operacja dotycząca sieci	1
19.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
20.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
21.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	1
22.	Operacja endoskopowa otrzewnej	1
23.	Przeszczep powięzi	1
24.	Wycięcie powięzi brzucha	1
25.	Usunięcie zmiany powięzi	1
26.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
27.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
28.	Operacja kaletki maziowej	1
29.	Przełożenie ścięgna	2
30.	Wycięcie ścięgna	2
31.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	2
32.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
33.	Uwolnienie ścięgna	1
34.	Zmiana długości ścięgna	1
35.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
36.	Przeszczep mięśnia	3
37.	Wycięcie mięśnia	1
38.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	1
39.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
40.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
41.	Drenaż węzła chłonnego	1
42.	Operacja przewodu limfatycznego	2
43.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1
R	Operacje kości i stawów	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja naprawcza czaszki	4
2.	Otwarcie czaszki	5
3.	Operacja usunięcia zmiany kości czaszki	1
4.	Wycięcie kości twarzy	2
5.	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	2
6.	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą (bez nastawienia kości nosa)	2
7.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
8.	Wycięcie żuchwy	3
9.	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	2
10.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
11.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
12.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	5

13.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
14.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	5
15.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	4
16.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	4
17.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
21.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
22.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
24.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	4
25.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	4
26.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
27.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	3
28.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
29.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
30.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
31.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
32.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
33.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	3
34.	Wycięcie kości ektopowej	1
35.	Usunięcie zmiany kości	2
36.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2
37.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2
38.	Rozdzielenie trzonu kości	2
39.	Rozdzielenie kości stopy	2
40.	Drenaż kości	2
41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
42.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3
43.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2
44.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
46.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
47.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	4
49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	4
50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	3

51.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	3
52.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
53.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
54.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	4
55.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	4
56.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	4
57.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	4
58.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	2
59.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	2
60.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
61.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	1
62.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu ze stabilizacją wewnętrzną	1
63.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	1
64.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
65.	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
66.	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
67.	Operacja chrząstki poślęzycowatej metodą otwartą	3
68.	Protezowanie ścięgna	3

69.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
70.	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
71.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
72.	Operacja struktur okołostawowych palucha	1
73.	Endoskopowa operacja chrząstki poślęzycowatej	2
74.	Endoskopowa operacja innych chrząstek stawowych	2
75.	Endoskopowa operacja innych struktur stawowych	2
76.	Endoskopowa operacja stawu kolanowego	2
77.	Endoskopowa operacja innego stawu	2
S RÓŻNE		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Reimplantacja kończyny górnej	4
2.	Reimplantacja kończyny dolnej	4
3.	Reimplantacja innego narządu	2
4.	Wszczepienie protezy kończyny	4
5.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	4
6.	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	3
7.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
8.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	3
9.	Amputacja palucha lub kciuka	2
10.	Amputacja palca (z wyłączeniem utraty paliczka dalszego lub opuszki)	1

* skala operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Załącznik nr 5 Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA TWOJA RODZINA”

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) operacja pomostowania naczyń wieńcowych
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczepianie narządów.
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) utrata wzroku,
- 10) utrata słuchu,
- 11) utrata mowy,
- 12) ciężkie oparzenia,
- 13) łagodny nowotwór mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) operacja aorty,
- 16) choroba Alzheimera,
- 17) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 18) operacja zastawek serca,
- 19) stwardnienie rozsiane,
- 20) choroba Parkinsona,
- 21) anemia aplastyczna,
- 22) zapalenie mózgu,
- 23) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 24) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 25) choroba Creutzfeldta - Jakoba,
- 26) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi),
- 27) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem),
- 28) bąblowiec mózgu,
- 29) zgorzel gazowa,
- 30) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
- 31) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 32) ropień mózgu,
- 33) sepsa,
- 34) przewlekłe zapalenie wątroby typu B,
- 35) przewlekłe zapalenie wątroby typu C,
- 36) borelioza,
- 37) tężec,
- 38) wścieklizna,
- 39) gruźlica,
- 40) choroba Huntingtona,
- 41) zakażona martwica trzustki,
- 42) choroba neuronu ruchowego,
- 43) bakteryjne zapalenie wsierdza,
- 44) utrata kończyn wskutek choroby.

1) NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,

- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - 4) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
 - 5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
 - 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego,

2) ZAWAŁ SERCA

Za zawał serca uważa się rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- 2) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe obniżenie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,

3) UDAR MÓZGU

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
- 5) symptomy spowodowane migreną,
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej),

4) OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Za operację pomostowania naczyń wieńcowych uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie

- tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,
- 5) **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK**
 Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
 Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).
 Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki,
- 6) **PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW**
 Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
 2) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
 Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,
- 7) **PARALIŻ**
 Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia,
- 8) **UTRATA KOŃCZYN**
 Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy,
- 9) **UTRATA WZROKU**
 Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
- 10) **UTRATA SŁUCHU**
 Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa.
 Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
- 11) **UTRATA MOWY**
 Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii
- w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych,
- 12) **CIĘŻKIE OPARZENIA**
 Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała,
- 13) **ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU**
 Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytek neurologiczny,
- 14) **ŚPIĄCZKA**
 Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin.
 Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,
- 15) **OPERACJA AORTY**
 Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,
- 16) **CHOROBA ALZHEIMERA**
 Za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych,
- 17) **SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY**
 Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:
 a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 b) trwała żółtaczką,
 c) żylaki przetyku,
 d) encefalopatia wrotna.
 Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków,
- 18) **OPERACJA ZASTAWEK SERCA**
 Za operację zastawek serca uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii,
- 19) **STWARDNIENIE ROZSIANE**
 Za stwardnienie rozsiane uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez

co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

20) CHOROBA PARKINSONA

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

Czynności dnia codziennego:

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

21) ANEMIA APLASTYCZNA

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii,

22) ZAPALENIE MÓZGU

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

23) SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

Za schyłkową niewydolność oddechową uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,

c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,

d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa,

24) ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego,

25) CHOROBA CREUTZFELDTA - JAKOBA

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

26) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABITY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,

27) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABITY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w związku z wykonywanym zawodem)

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia,

28) BĄBLOWIEC MÓZGU

Za bąbłowiec mózgu uważa się tylko taki bąbłowiec mózgu, który oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składająca się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąbłowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym,

29) ZGORZEL GAZOWA

Za zgorzel gazową uważa się tylko taką zgorzel, która wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznania potwierdzonego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum,

30) MASYWNY ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

Za masywny zator tętnicy płucnej uważa się tylko taki masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepiny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej,

31) ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

Za odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu uważa się tylko taką chorobę przenoszona przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji i została potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego,

32) ROPIEŃ MÓZGU

Za ropień mózgu uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu,

33) SEPSA

Za sepsę uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.

Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

34) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Za wirusowe zapalenie wątroby typu B uważa się: rozlaną zapalną chorobę miększu wątroby wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) trwającą co najmniej 6 miesięcy Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie obecności antygenu Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest również: - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie ($> 1,5 \times$ górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy.

Ochroną nie są objęte zapalenia wątroby, w przypadku których dodatkowym czynnikiem etiologicznym (oprócz wirusa HBV) są: alkohol, toksyny, leki.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przestrzegania zalecanego schematu szczepień,

35) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Za przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu C uważa się przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy.

Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:

- stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA,
- w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego

aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS,

36) BORELIOZA

Za boreliozę uważa się krętkowicę przenoszona przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego,

37) TĘŻEC

Za tężec uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez łaseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

38) WŚCIEKLIZNA

Za wściekliznę uważa się tylko taką ostrą chorobę zakaźną wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (Rabies virus),

39) GRUŻLICA

Za gruźlicę uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis) i przebiega z zajęciem miększu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłatkowego,

40) CHOROBA HUNTINGTONA

Za chorobę Huntingtona uważa się postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne,

41) ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI

Za zakażoną martwicę trzustki uważa się tylko taką zakażoną martwicę trzustki, z powodu której przeprowadzono pierwszorazową operację chirurgiczną polegającą na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu,

42) CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO

Za chorobę neuronu ruchowego uważa się tylko taką postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego,

która jest spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych: obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG),

43) **BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIEDZIA**

Za bakteryjne zapalenie wsierdzia uważa się tylko takie pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo- naczyniowym, które zostało rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.

Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających,

44) **UTRATA KOŃCZYNY**

Za utratę kończyny uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:

- a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych,
- b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.

Załącznik nr 6

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA TWOJA RODZINA”

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny nowotwór mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby,
- 9) ciężkie oparzenia,
- 10) operacja serca w krążeniu pozaustrojowym,
- 11) anemia aplastyczna,
- 12) choroba Kawasaki,
- 13) nabyta niedokrwistość hemolityczna,
- 14) nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis),
- 15) paraliż,
- 16) tężec,
- 17) utrata kończyn,
- 18) utrata słuchu,
- 19) utrata wzroku,
- 20) zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi),
- 21) bakteryjne zapalenie opon mózgowych rdzeniowych.

1) **NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY**

Za nowotwór (guz) złośliwy, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,

- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- 5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
- 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego,

2) **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK**

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowo dializa oraz niewydolność jednej nerki,

3) **ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU**

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego z dostępu przez trepanację czaszki lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: guzy przysadki mózgowej i naczyniaki (angioma),

4) **ŚPIĄCZKA**

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

5) **WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU**

Za wirusowe zapalenie mózgu uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa,

6) **DYSTROFIA MIĘŚNIOWA**

Za dystrofię mięśniową uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni,

7) **CUKRZYCA**

Za cukrzycę uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa,

8) PRZEWLEKŁA NIWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Za przewlekłą niewydolność wątroby uważa się chorobę miększu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczką, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatią,

9) CIĘŻKIE OPARZENIA

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała mierzonego wg Reguły dziewiątek Wallace'a lub metodą Lunda i Browdera spowodowane uszkodzeniem tkanki przez czynniki termiczne, chemiczne lub elektryczne,

10) OPERACJA SERCA W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM

Za operację serca w krążeniu pozaustrojowym uważa się przebieg przez dziecko ubezpieczonego pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszystkie zabiegi nie wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania sztucznego płuco-serca oraz operacje przeprowadzone z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed ubezpieczeniem. Fakt przebiegu operacji musi być potwierdzony dokumentacją medyczną z oddziału kardiologii, który przeprowadził leczenie,

11) ANEMIA APLASTYCZNA

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwóch z niżej wymienionych sposobów:

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: wady wrodzone oraz przypadki anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii,

12) CHOROBA KAWASAKI

Za chorobę Kawasaki z następnym wytworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych uważa się przebieg potwierdzonej dokumentacją szpitalną ostrej fazy choroby przebiegającej z gorączką powyżej 39 st. Celsjusza o niewyjaśnionej przyczynie trwającej co najmniej 5 dni i towarzyszącymi co najmniej czterema z pięciu niżej wymienionych objawów:

- 1) zmiany dotyczące kończyn: w fazie ostrej: rumień, obrzęki dłoni, stóp; w fazie podostrej: około paznokciowe złuszczenie skóry palców dłoni i stóp (2-3 tydzień choroby),
- 2) różnokształtna wysypka,
- 3) obustronne zapalenie spojówek, bez wysięku,
- 4) zmiany dotyczące warg i jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i nosowo-gardłowe,
- 5) limfadenopatia dotycząca szyi, zazwyczaj jednostronna: co najmniej 1 węzeł chłonny o średnicy większej niż 1,5 cm.

Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologa w oparciu o udokumentowane w badaniach obrazowych (np. Echo serca, angio - CT, NMR) obecności tętniaków tętnic wieńcowych po upływie 6 miesięcy od przebiegu ostrego epizodu choroby,

13) NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA

Za nabytą niedokrwistość hemolityczną uważa się, stan

chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:

- a) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych, lub
- b) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych, lub
- c) jest chorobą wrodzoną, lub
- d) jest nocną napadową hemoglobinurią,

14) NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE (POLIOMYELITIS)

Za nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) uważa się tylko takie porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu i które musi łącznie:

- a) zostać jednoznacznie rozpoznane (zdiagnozowane) przez neurologa i mieć udokumentowanie w wynikach badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi,
- b) prowadzić do trwałego porażenia przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych w tym samym czasie, przez co najmniej 3 miesiące po rozpoznaniu choroby.

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przebiegu szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio,

15) PARALIŻ

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

16) TĘŻEC

Za tężec uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych.

Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

17) UTRATA KOŃCZYN

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

18) UTRATA SŁUCHU

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

19) UTRATA WZROKU

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

20) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI W WYNIKU TRANSFUZJI KRWI

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

21) BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego.

Załącznik nr 7

Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”

Tabela stanów chorobowych, uprawniających ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, zgodnie z definicją nagłego zachorowania kardiologicznego oraz zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	106.1
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	106.2
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	106.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej	107.0
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	107.1
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	107.2
Inne wady zastawki trójdzielnej	107.8
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	108.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	108.1
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	108.2
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	108.3
Inne wady skojarzone wielu zastawek	108.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	109.0
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	109.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	110
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	111.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	111.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	112
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	112.0

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	112.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	113
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	113.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	113.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	113.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	113.9
Dusznicza niestabilna	120.0
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	120.1
Inne postacie dusznicy bolesnej	120.8
Dusznicza bolesna, nieokreślona	120.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	125.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	125.1
Stary (przebyty) zawał serca	125.2
Tętniak serca	125.3
Tętniak naczyń wieńcowych	125.4
Kardiomiopatia niedokrwienna	125.5
„Ciche” (nieme) niedokrwienie serca	125.6
Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	125.8
Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	125.9
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	126.0
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	126.9
Pierwotne nadciśnienie płucne	127.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	127.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	127.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	127.8
Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	128.0
Tętniak tętnicy płucnej	128.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	128.8
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	128.9
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	130.0
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	130.9
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	131.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	131.1
Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	131.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	131.3
Inne określone choroby osierdzia	131.8

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Choroba osierdza, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdza w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdza w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdza w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdza	I33.0
Ostre zapalenie wsierdza, nieokreślone	I33.9
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Wypadanie płatka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba wsierdza (eozynofilowa)	I42.3
Zwłóknienie sprężyste wsierdza (fibroelastoza wsierdza)	I42.4
Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7
Inne kardiomiopatie	I42.8
Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2
Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2
Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Blok prawej odnogi	I45.0
Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Blok dwugałęziowy	I45.2
Blok trójgałęziowy	I45.3
Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Inny określony blok serca	I45.5
Zespół preekscytacji	I45.6
Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
Częstoskurcz komorowy	I47.2
Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego	I49.2
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Zespół chorej zatoki	I49.5

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9
Niewydolność serca zastoinowa	I50.0
Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
Pęknięcie struny ścięgnowej niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7
Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

