

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

SPIS TREŚCI

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie – „Warta Dla Ciebie i Rodziny”	4
Postanowienia ogólne	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	9
Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	9
Składka	11
Skutki niezapłacenia składki	11
Suma ubezpieczenia	11
Odpowiedzialność ubezpieczyciela	11
Partner jako współubezpieczony	12
Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	12
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	12
Uprawnieni do otrzymania świadczenia	13
Wariant „Dla Ciebie 80 Plus – Życie”	13
Ryzyka ubezpieczeniowe	13
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Życie Plus)	13
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Życie Plus)	14
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	15
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	16
Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	16
Renta w Przypadku Śmierci Ubezpieczonego (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Renta)	17
Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	18
Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Aktywni)	19
Uraz Niepowodujący Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Aktywni)	20
Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (to ryzyko występuje w Pakietach dodatkowych: Kardiologicznym, Zdrowie Plus)	21
Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Niezdolność do Pracy)	22
Powstanie Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy w Wyniku Wypadku (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Niezdolność do Pracy)	23
Powstanie Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Niezdolność do Pracy)	23
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Aktywni)	24
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu PLUS (to ryzyko występuje również w Pakietach dodatkowych: Kardiologicznym, Zdrowie Plus)	26
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”	27
Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Aktywni)	29
Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Zdrowie Plus)	29
Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową (to ryzyko występuje w Pakietach dodatkowych: Onkologicznym, Zdrowie Plus)	30
Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym (to ryzyko występuje w Pakietach dodatkowych: Onkologicznym, Zdrowie Plus)	31
Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Choroby Cywilizacyjne)	32
Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego (to ryzyko występuje również w Pakietach dodatkowych: Kardiologicznym, Zdrowie Plus)	33
Operacje Ubezpieczonego	34
Druga Opinia Medyczna Ubezpieczonego (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Druga Opinia Medyczna)	35

Świadczenie Pomocowe po Udarze Mózgu (to ryzyko występuje w Pakietach dodatkowych: Kardiologicznym, Zdrowie Plus).....	36
Świadczenie Pomocowe po Zawale Serca (to ryzyko występuje w Pakietach dodatkowych: Kardiologicznym, Zdrowie Plus).....	37
Śmierć Małżonka albo Partnera	37
Śmierć Małżonka albo Partnera w Wyniku Wypadku.....	38
Śmierć Małżonka albo Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	39
Śmierć Małżonka albo Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.....	39
Powstanie Niezdolności Małżonka albo Partnera do Pracy w Wyniku Wypadku.....	40
Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu.....	41
Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu PLUS	43
Wystąpienie u Małżonka albo Partnera Poważnego Zachorowania	44
Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego.....	46
Śmierć Dziecka	46
Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku	46
Śmierć Noworodka.....	47
Urodzenie się Dziecka	47
Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną	48
Urodzenie się Wnuka.....	48
Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	49
Pobyt Dziecka w Szpitalu (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	50
Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Dziecka w Szpitalu (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	51
Rekonwalescencja Dziecka	52
Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania (to ryzyko występuje również w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	53
Leczenia Specjalistycznego Dziecka (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	54
Operacje Dziecka (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	55
Powikłania Operacji Dziecka (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Dziecko)	56
Dругa Opinia Medyczna Dziecka (to ryzyko występuje w Pakiecie dodatkowym Druga Opinia Medyczna)	57
Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera	58
Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w Wyniku Wypadku.....	58
Pakiet medyczny	59
Pakiet medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	84
Postanowienia końcowe	86
Załącznik nr 1 Katalog Wad Wrodzonych	88
Załącznik nr 2 Tabela Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	89
Załącznik nr 3 Katalog Kardiologiczny Metod Leczenia Specjalistycznego	104
Załącznik nr 4 Katalog Rozszerzony Metod Leczenia Specjalistycznego	105
Załącznik nr 5 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka	106
Załącznik nr 6 Katalog Operacji.....	107
Załącznik nr 7 Katalog Operacji Dziecka	116
Załącznik nr 8 Katalog Powikłań Operacji Dziecka	127
Załącznik nr 9 Katalog Poważnych Zachorowań	129
Załącznik nr 10 Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka	134
Załącznik nr 11 Katalog Chorób Cywilizacyjnych	137
Załącznik nr 12 Katalog Chorób Nowotworowych w Stadium Przedinwazyjnym	139
Załącznik nr 13 Pakiet medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	140

Informacja do ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”, zatwierdzonych Uchwałą nr 21/2026 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 27 stycznia 2026 roku i wprowadzonych w życie z dniem 19 kwietnia 2026 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, § 11, § 12, § 15 ust. 5, § 16 ust. 5, 6, § 17 ust. 5, 6, § 18 ust. 5, 6, § 19 ust. 7, 8, § 20 ust. 11, § 21 ust. 8, 12, § 22 ust. 8, 11, § 23 ust. 6, 7, § 24 ust. 10, 13, § 25 ust. 8, 11, § 26 ust. 5, 8, § 27 ust. 7, 9, § 28 ust. 15, § 29 ust. 17, § 30 ust. 16, § 31 ust. 14, § 32 ust. 14, § 33 ust. 10, § 34 ust. 11, § 35 ust. 11, § 36 ust. 13, § 37 ust. 19, § 38 ust. 12-14, § 39 ust. 9, § 40 ust. 9, § 41 ust. 9, § 42 ust. 7, § 43 ust. 6, 8, § 44 ust. 8, 10, § 45 ust. 6, 8, § 46 ust. 18, § 47 ust. 20, § 48 ust. 15, § 49 ust. 8, § 50 ust. 9, § 51 ust. 7, § 52 ust. 8, § 53 ust. 13, § 54 ust. 10, § 55 ust. 10, § 56 ust. 12, § 57 ust. 21, § 58 ust. 9, § 59 ust. 10, § 60 ust. 15, § 61 ust. 16, § 62 ust. 19, § 63 ust. 14, § 64 ust. 13-14, § 65 ust. 9, § 66 ust. 7, § 67 ust. 21-23, § 68 ust. 11-23
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§1 ust. 2, §7, § 9, § 15 ust. 6, § 16 ust. 7, § 17 ust. 7, § 18 ust. 7, § 19 ust. 2 - 4, 7, § 20 ust. 2, 3, 12, § 21 ust. 4, 9, 13, § 22 ust. 4, 12, § 23 ust. 4, 10, § 24 ust. 3, 6, 14, § 25 ust. 3, 4, 13, § 26 ust. 10, § 27 ust. 2, 3, 6, 12, § 28 ust. 2, 3, 11, 12, 17, § 29 ust. 2, 4, 6, 8, 11, 13, 19, § 30 ust. 8, 10, 12, 18, § 31 ust. 5-8, 11, § 32 ust. 3, 4, 11-13, 16, § 33 ust. 2, 3, 12, § 34 ust. 3, 4, 8, 13, § 35 ust. 3, 4, 9, 13, § 36 ust. 3, 4, 6, 8-10, 16, § 37 ust. 4-5, 8, 13-17, 20, § 38 ust. 3, § 39 ust. 2, 3, 10, § 40 ust. 2, 3, 10, § 41 ust. 2, 3, 10, § 42 ust. 8, § 43 ust. 9, § 44 ust. 2-4, 10, § 45 ust. 10, § 46 ust. 2-4, 6, 8, 9, 12, 14, 19, 20, § 47 ust. 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 15, 21, 22, § 48 ust. 3-5, 12-14, 17, § 49 ust. 2, 3, 9, § 50 ust. 2, 3, 6, 10, § 51 ust. 4, 8, § 52 ust. 2, 3, 9, § 53 ust. 2, 3, § 54 ust. 5, 8, § 55 ust. 2, 3, § 56 ust. 4, 7, 13, § 57 ust. 2, 4, 6, 8, 11, 12, 14, 16, 18, 22, 23, § 58 ust. 4, 5, 9, § 59 ust. 2, 3, 5, 7, 8, 13, 14, § 60 ust. 3, 4, 9, 12-14, 17, § 61 ust. 3, 4, 8-10, 13, 17, § 62 ust. 3-4, 7, 12-17, 20, § 63 ust. 3, 4, 7-9, 13-14, § 64 ust. 2, 3, 8, § 65 ust. 2-4, § 66 ust. 8, § 67 ust. 1, 9-17, 20, § 68 ust. 1, 11, § 69 ust. 11, katalog poważnych zachorowań, katalog poważnych zachorowań dziecka, katalog chorób cywilizacyjnych, katalog kardiologiczny metod leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, katalog rozszerzony metod leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

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 ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, niezależne od jego woli, które zostały zdiagnozowane w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w zakresie ryzyka ubezpieczeniowego, w którym zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem choroby. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowych: pobytu ubezpieczonego w szpitalu, pobytu ubezpieczonego w szpitalu PLUS w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu małżonka albo partnera w szpitalu, pobytu małżonka albo partnera w szpitalu PLUS w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu dziecka w szpitalu, rekonwalescencji dziecka, ochroną ubezpieczeniową są objęte zdarzenia bez względu na datę diagnozy choroby,
 - 2) **choroba cywilizacyjna** – jedną z chorób cywilizacyjnej wymienionych i zdefiniowanych w katalogu chorób cywilizacyjnych, zdiagnozowaną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne,
 - 3) **choroba śmiertelna** – chorobę zdiagnozowaną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, której zaawansowanie uzasadnia odstępianie od leczenia przyczynowego i powoduje skierowanie ubezpieczonego przez lekarza do opieki paliatywno-hospicyjnej,
 - 4) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, niezdolność do pracy ubezpieczonego, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 30 dni kalendarzowych oraz została poświadczona zwolnieniami lekarskimi, z zastrzeżeniem iż zostały one wydane z powodu tej samej choroby lub wypadku,
 - 5) **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,
 - 6) **druga opinia medyczna** – pisemną opinię lekarza konsultanta, wydawaną na wniosek ubezpieczonego, dziecka, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia ubezpieczonego lub dziecka, w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy choroby, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia, zawierającą propozycję planu leczenia,
 - 7) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko, przebywali w szpitalu w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala,
 - 8) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego,
 - 9) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
 - 10) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogach metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego lub leczenia specjalistycznego dziecka,
 - 11) **lekarz konsultant** – lekarza medycyny, praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej choroby, który sporządza drugą opinię medyczną. Kwalifikacje lekarza powinny być potwierdzone zgodnie z prawem obowiązującym w kraju, w którym będzie świadczona usługa leczenia,
 - 12) **lekarz prowadzący** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, dziecka w związku z chorobą, o której mowa w ryzyku ubezpieczeniowym druga opinia medyczna ubezpieczonego lub dziecka,
 - 13) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 14) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w tym samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – miesiąc polisowy rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego,
 - 15) **niezdolność do pracy** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, małżonka albo partnera spowodowane wypadkiem powodujące, iż ubezpieczony, małżonek albo partner jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub komisją lekarską,
 - 16) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w wyniku choroby lub wypadku, trwała i bezpowrotną utratę zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego, potwierdzoną orzeczeniem wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub komisją lekarską,
 - 17) **OIOM** – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci in-

- tensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągle monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia; za OIOM uważa się również OIOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii oraz OION - oddział intensywnej opieki neurologicznej; w przypadku leczenia kardiologicznego - za pobyt na OIOK uznaje się również pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, jak również na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i jest na to potwierdzenie w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego,
- 18) **operacja** – zabieg chirurgiczny, wymieniony w katalogu operacji, wykonany w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela 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, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu,
- 19) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny, związany przyczynowo z operacją, wykonywany podczas tego samego pobytu w placówce medycznej,
- 20) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 26 roku życia,
- 21) **pakiet dodatkowy** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany we wniosku lub w aneksie do wniosku o dodatkowy zakres ochrony ubezpieczeniowej, wybrany przez ubezpieczającego; w ramach pakietów dodatkowych mogą występować warianty pakietów dodatkowych,
- 22) **partner** – osobę wskazaną we wniosku lub w innym dokumencie, która w dniu jej wskazania, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia pozostaje z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostaje w związku małżeńskim z osobą trzecią, 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 w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 23) **placówka medyczna** – miejsce wykonywania operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia,
- 24) **początek okresu ubezpieczenia** – datę określającą rozpoczęcie okresu ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu pakietu dodatkowego,
- 25) **poprzednia umowa ubezpieczenia** – umowę:
 a) grupowego ubezpieczenia na życie,
 b) indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie,
- c) indywidualnego ubezpieczenia na życie,
 d) poprzedni wariant lub poprzedni pakiet dodatkowy w ramach umowy ubezpieczenia,
 z tytułu której ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do ubezpieczonego zakończyła się bezpośrednio lub nie wcześniej niż 31 dni przed początkiem okresu ubezpieczenia; jeżeli ubezpieczony posiadał więcej umów, to umowy poprzedzające ostatnią umowę przed początkiem okresu ubezpieczenia muszą następować po sobie bezpośrednio,
- 26) **powikłania operacji** – nieplanowany wynik operacji wykonanej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powikłania operacji dziecka, powodujący uszkodzenie lub dysfunkcję organu, narządu lub układu wymienione w katalogu powikłań operacji dziecka nie występujące przed operacją. Powikłania operacji muszą wystąpić w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego,
- 27) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, w katalogu poważnych zachorowań dziecka, zdiagnozowany lub leczony w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienia u małżonka albo partnera, poważnego zachorowania, wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania,
- 28) **rekonwalescencja szpitalna** – pobyt ubezpieczonego, małżonka albo partnera na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim trwający bezpośrednio po zakończonym w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela nieprzerwanym pobycie ubezpieczonego, małżonka albo partnera w szpitalu. Zwolnienie lekarskie musi być wydane przez szpital, w którym przebywał ubezpieczony, małżonek albo partner,
- 29) **rekonwalescencja dziecka** – okres powrotu do zdrowia dziecka ubezpieczonego po nieprzerwanym i trwającym powyżej 14 dni pobycie dziecka w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka,
- 30) **rocznica polisy** – rocznicę umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi początku okresu ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego,
- 31) **rodzic**:
 a) naturalnego ojca lub matkę ubezpieczonego lub
 b) osobę, która dokonała przysposobienia ubezpieczonego lub
 c) ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się:
 i. osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub
 ii. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 32) **rodzic małżonka albo rodzic partnera**:
 a) naturalnego ojca lub matkę małżonka albo partnera ubezpieczonego lub
 b) osobę, która dokonała przysposobienia małżonka albo partnera ubezpieczonego lub
 c) ojczyma lub macochę małżonka albo partnera

- ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyzna lub macochę rozumie się:
- i. osobę która w dniu zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka albo śmierci rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka albo partnera ubezpieczonego lub
 - ii. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka albo naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
- d) naturalnego ojca lub matkę zmarłego małżonka albo zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka albo rodzica partnera ubezpieczonego:
- i. nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
 - ii. nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski lub
 - iii. nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego,
- 33) **rok polisowy** – dla pierwszego roku polisowego okresu rozpoczynający się w dacie początku okresu ubezpieczenia i kończący się w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy, dla kolejnych lat okres rozpoczynający się w rocznicę polisy i kończący się w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy,
- 34) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
- 35) **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,
- 36) **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 w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 37) **suma ubezpieczenia** – kwotę określoną we wnioskopolisie, albo aneksie do wnioskopolis, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia,
- 38) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 39) **śmierć noworodka** – urodzenie się ubezpieczonego martwego dziecka potwierdzone aktem urodzenia zawierającym adnotację dotyczącą martwego urodzenia oraz śmierć dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 6 miesiąca życia,
- 40) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach ryzyka ubezpieczeniowego drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, drugiej opinii medycznej dziecka,
- 41) **tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabelę stanowiącą załącznik nr 2 do OWU,
- 42) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, wypadku komunikacyjnego, zawału serca lub udaru mózgu, któremu ubezpieczony, lub dziecko uległo w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 43) **ubezpieczający** – osoba fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia,
- 44) **ubezpieczenie lekowe** – ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu którego wypłacane są ubezpieczonemu środki pieniężne na zakup produktów w aptekach, przysługujące ubezpieczonemu lub dziecku po pobycie w szpitalu,
- 45) **ubezpieczony** – osobę fizyczną wskazaną w umowie ubezpieczenia, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
- 46) **udar mózgu** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego, nagłe zaburzenie czynności mózgu spowodowane zamknięciem światła naczynia krwionośnego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, przy spełnieniu jednego z następujących kryteriów:
- a) wystąpienia świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowano w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej),
 - b) stwierdzenia obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny lub krócej, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne.
- Odpowiedzialnością objęty jest wyłącznie udar mózgu, którego następstwem jest występowanie utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego potwierdzonego badaniem przez lekarza neurologa po 60 dniach od rozpoznania udaru mózgu (warunek ten nie dotyczy ryzyka ubezpieczeniowego: śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu).
- Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku i rdzenia przedłużonego, które spełniają powyższe kryteria.
- Definicja udaru mózgu nie obejmuje:
- i. udaru mózgu bez utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego,
 - ii. epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - iii. zmian niedokrwiennych potwierdzonych w badaniach obrazowych bez występowania utrwalonego ośrodkowego deficytu neurologicznego,
 - iv. udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - v. przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA),
 - vi. odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - vii. zaburzenia neurologicznego spowodowanego niewydolnością kręgowo-podstawną,
 - viii. wtórnych krwotoków do istniejących ognisk podudarowych,
 - ix. zaburzenia neurologicznego występującego

- w przebiegu migreny,
- x. zaburzenia czynności mózgu i uszkodzenia mózgu spowodowanego niedotlenieniem o przyczynie zewnętrznej lub niedotlenieniem powstałym w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia lub zatrzymania oddechu,
- xi. choroby naczyń krwionośnych powodującej zaburzenia czynności siatkówki lub nerwu wzrokowego lub błędnika,
- 47) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawieraną na podstawie OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, przez którą ubezpieczyciel w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
- 48) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, lub na rzecz której realizuje świadczenie,
- 49) **uprawniony zastępczy** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, wskazaną przez ubezpieczonego, której w przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoby uprawnione nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia,
- 50) **uraz niepowodujący powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujące trwałego uszczerbku na zdrowiu, w rozumieniu pkt 42),
- 51) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się ubezpieczonemu żywego dziecka w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego,
- 52) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się ubezpieczonemu żywego dziecka w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka,
- 53) **urodzenie się wnuka** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego,
- 54) **urodzenie się wnuka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka,
- 55) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 56) **wariant ubezpieczenia** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany we wnioskopolisie lub aneksie do wnioskopolisy zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący dane ryzyka ubezpieczeniowe, wybierany przez ubezpieczającego,
- 57) **wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 58) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka albo partnera, dzieckiem ubezpieczonego, wnukiem ubezpieczonego wskazaną w ryzykach ubezpieczeniowych, której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie lub życie,
- 59) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka, partnera, rodzica, rodzica małżonka albo 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 zakresie danych ryzyk ubezpieczeniowych. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: pobytu w szpitalu ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu PLUS w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu ubezpieczonego w szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”, pobytu w szpitalu małżonka albo partnera, pobytu małżonka albo partnera w szpitalu PLUS w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu w szpitalu dziecka, rekonwalescencji dziecka, wypadek o którym mowa powyżej może nastąpić przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
- 60) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego, w związku z ruchem:
- ładowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, hulajnog elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, motorowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek albo 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 albo partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zderzenia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, małżonek albo partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek albo partner podróżował jako pasażer.
- Definicja wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch,

61) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego, w związku z ruchem:

a) lądowym pojazdami silnikowymi, rowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, motorowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek albo 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 albo partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:

- i. działaniem siły mechanicznej w momencie zderzenia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
- ii. wywróceniem się pojazdu, lub
- iii. pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,

b) wodnym pojazdami pływającymi, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony, małżonek albo partner poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,

c) lotniczymi statkami powietrznymi, w którym to statku ubezpieczony, małżonek albo partner podróżował jako pasażer,

i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku lub protokole powypadkowym sporządzonym przez kasę rolniczego ubezpieczenia społecznego.

Definicja wypadku komunikacyjnego przy pracy nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch oraz wypadku w drodze do pracy lub z pracy zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku,

62) **wypadek przy pracy** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku lub protokole powypadkowym sporządzonym przez kasę rolniczego ubezpieczenia społecznego. Definicja wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku,

63) **wypadek w szkole** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego, zakwalifikowany jako wypadek w szkole, przez organ do tego upoważniony, lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe, w związku z uczestnictwem w zajęciach, podczas których realizowany jest pod nadzorem pedagogiczno-dydaktycznym program nauczania,

64) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie u ubezpieczonego, małżonka albo partnera rodzaju poważnego zachorowania na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych wykonanych w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz zaistnienie następujących okoliczności również w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela:

a) w przypadku zachorowania: nowotworu 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, wirusowego 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 (posocznicy, SIRS), WZW B, WZW C, boreliozy wymagającej hospitalizacji, tężca, wścieklizny nie związanej z wypadkiem, gruźlicy, choroby Huntingтона, choroby neuronu ruchowego, bakteryjnego zapalenia wsierdza – postawienie diagnozy opartej na kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanej adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcie 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 wymagającej operacji, 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,

65) **wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie u dziecka rodzaju poważnego zachorowania na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz zaistnienie następujących okoliczności również w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela:

a) w przypadku zachorowania: nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej (schyłkowej) niewydolności wątroby, choroby Kawasaki, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), porażenia kończyn nie spowodowanego wypadkiem, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tężca, zakażenia wirusem HIV/AIDS, neuroboreliozy – postawienie diagnozy opartej na kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowane adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcie 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, porażenie kończyn, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

66) **zachorowanie na chorobę nowotworową** – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową oraz 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 (w tym mięsaka skóry).

Definicja zachorowania na chorobę nowotworową nie obejmuje:

- a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
- b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
- c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
- e) przewlekłej białaczki limfatycznej według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż III wg klasyfikacji Rai,
- f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
- h) nawrotu, wznowy, przerzutu choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:

- i. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne,
- ii. posiadane dane medyczne stanowią podstawę do rozpoznania,
- iii. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności,

67) **zachorowanie na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym** – zachorowanie na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym in-situ (wymieniony w katalogu chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową), charakteryzujący się ogniskowym, niekontrolowanym, miejscowym rozrostem komórek nowotworowych, ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego

pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje nawrotu, wznowy, przerzutu choroby nowotworowej, zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

68) **zawał serca** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołaną 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 i współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.

Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.

Definicja zawału serca nie obejmuje:

- i. ostrych zespołów wieńcowych,
- ii. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa),
- iii. podwyższenia biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej),

69) **zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku, 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 w zależności od wybranych wariantów ubezpieczeniowych lub pakietów dodatkowych.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu 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.

2. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w następujących wariantach ubezpieczenia:

Tabela nr 1

	Zawarcie umowy ubezpieczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego:		
	Ukończony 18 rok życia i nieukończony 55 rok życia	Ukończony 18 rok życia i nieukończony 66 rok życia	Ukończony 66 rok życia i nieukończony 80 rok życia
Warianty ubezpieczenia	Warianty: „Dla Ciebie - Życie”	Warianty: „Dla Ciebie VIP - Życie”, „Dla Ciebie - Życie i Zdrowie”, „Dla Ciebie - Życie i Zdrowie Plus”, „Dla Ciebie - Życie i Zdrowie Premium”, „Dla Rodziny - Życie”, „Dla Rodziny - Życie Plus”, „Dla Rodziny - Życie Premium”, „Dla Rodziny VIP - Życie”, „Dla Rodziny - Życie i Zdrowie”, „Dla Rodziny - Życie i Zdrowie Plus”, „Dla Rodziny - Życie i Zdrowie Premium”, „Dla Rodziny VIP - Życie i Zdrowie”, „Dla Ciebie i Dziecka - Życie i Zdrowie”, „Dla Ciebie i Dziecka - Życie i Zdrowie Plus”, „Dla Dwojga - Życie i Zdrowie”, „Dla Dwojga - Życie i Zdrowie Plus”	Wariant „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”

12. Ubezpieczający za zgodą ubezpieczyciela może dokonać zmiany wariantu ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że:

3. Za zgodą ubezpieczyciela ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej o pakiety dodatkowe.
 4. W ramach danego pakietu dodatkowego ubezpieczający może wybrać wyłącznie jeden wariant pakietu dodatkowego.
 5. Za zgodą ubezpieczyciela ubezpieczający może wybrać lub zmienić pakiet dodatkowy w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Powyższa zmiana umowy ubezpieczenia obowiązuje począwszy od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia wniosku o dokupienie/zmianę pakietu dodatkowego.
 6. Ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia o pakiety dodatkowe w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
 7. Pakiet dodatkowy zawierany jest na rok licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia z tytułu pakietu dodatkowego, nie dłużej jednak niż na okres trwania umowy ubezpieczenia. Początek okresu ubezpieczenia z tytułu pakietu dodatkowego wskazany jest we wnioskopolisie, albo w aneksie do wnioskopolisu. Pakiet dodatkowy przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o rezygnacji z pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 8.
 8. Rezygnacja z danego pakietu dodatkowego jest możliwa w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Rezygnacja z danego pakietu dodatkowego jest równoznaczna z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych danym pakietem dodatkowym z upływem ostatniego dnia miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał zgłoszenie rezygnacji. Rezygnacja z danego pakietu dodatkowego nie oznacza rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 9. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, nie posiada ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia na życie „Warta Dla Ciebie i Rodziny”.
 10. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wnioskopolisu złożonej przez ubezpieczającego, na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
 11. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
 - 1) zmiana wariantu ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia przez ubezpieczającego wniosku o dokupienie/zmianę wariantu,
 - 2) jest to pierwsza zmiana w roku polisowym danego ubezpieczającego.
- Do zmiany wariantu dochodzi poprzez rozwiązanie dotychczasowej umowy i zawarcie nowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem wariant ubezpieczenia wybrany przez ubezpieczającego. Początek okresu ubezpieczenia obejmujący nowy wariant następuje z pierwszym dniem miesiąca polisowego. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza wnioskopolisą.
13. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) upływu okresu na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres zgodnie z ust. 1,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 16,
 - 3) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia wniosku o odstąpienie,
 - 4) niezapłacenia składki, w sytuacji o której mowa w § 5 ust. 2 – z upływem dodatkowego terminu wyznaczonego w pisemnym wezwaniu,
 - 5) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego,
 - 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia – w dzień poprzedzający pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 70 urodzin ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt 7),
 - 7) ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia – w dzień poprzedzający pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 80 urodzin ubezpieczonego, w przypadku obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”, z zastrzeżeniem § 13,
 - 8) rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 12 – z dniem poprzedzającym początek okresu ubezpieczenia nowej umowy ubezpieczenia.
 14. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach da-

- nego pakietu dodatkowego, jest wskazany we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
15. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
 16. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie.
 17. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
 18. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 4

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości ustalonej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
2. Składka płatna jest miesięcznie, w terminach określonych we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
3. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić w terminie do ostatniego dnia miesiąca polisowego poprzedzającego miesiąc polisowy, za który składka jest należna.
5. Wysokość składki ustalona jest we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy i jest zależna od: zakresu ochrony ubezpieczeniowej i wysokości świadczeń na danych ryzykach ubezpieczeniowych.
6. Za dzień wpłaty składek uznaje się dzień wpływu składek do ubezpieczyciela w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 5

1. Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, w terminie 14 dni od dnia początku okresu ubezpieczenia oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia z upływem tego terminu.
2. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 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.
3. Składkę również uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty będzie niższa niż wynikająca z umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6

Wysokość sumy ubezpieczenia dla danego ryzyka ubezpieczeniowego, wskazana jest we wnioskopolisie, albo w aneksie do wnioskopolisy.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskaza-

nym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 9.

2. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, w którym występuje ryzyko śmierć ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w ramach pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy, jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3,9.
3. W okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 1-2, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego jeżeli nastąpiła ona w wyniku wypadku.
4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
5. W pakiecie dodatkowym zawierającym rozszerzenie ochrony o dodatkowe świadczenie z tytułu ryzyka śmierci ubezpieczonego, w tym choroby śmiertelnej, ubezpieczyciel w przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę śmiertelną wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z ryzyka śmierci ubezpieczonego, w celu zapewnienia opieki ubezpieczonemu. Pozostałe 50% sumy ubezpieczenia z ryzyka śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu choroby śmiertelnej, rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ryzyka śmierci ubezpieczonego zawartego w pakiecie dodatkowym.
7. W okresie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca tylko jedno świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej ubezpieczonego.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących współubezpieczonych wygasa z dniem rozwiązania umowy, o którym mowa w § 3 ust. 13.
9. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 2 oraz w § 19, §20, §24, §25, §27, od §32 do §37, od §39 do §41, §44, od §48 do §50, §52, od §60 do §63, §65, a także do okresu 3 miesięcy o których mowa w § 28, § 29, § 46, § 47, § 57, § 59, a także do okresu 2 miesięcy o których mowa w § 38, §64, oraz do okresu 10 miesięcy, o których mowa w § 53, § 55, zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 10-14.
10. Zaliczenie okresu opłacania składek z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, oraz umów ubezpieczeń na życie, którymi był objęty ubezpieczony przed początkiem okresu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 9 oraz § 9 ust. 3 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie obejmującą zakresem ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku zaliczenia okresu opłacania składek dla ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania.
11. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w okresie 31 dni przed początkiem okresu ubezpieczenia, zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej.
12. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczycielem innym niż TUŃŻ „WARTA” S.A. zaliczenie okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 9, 10 oraz § 9 ust. 3 następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:

- 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9, 10 oraz § 9 ust. 3 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku zaliczenia okresu opłacania składek dla ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9, 10 oraz § 9 ust. 3 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A.,
 - 3) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9, 10 oraz § 9 ust. 3 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A.
13. 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. 14.
 14. Ograniczenie, o którym mowa w ust.13, nie dotyczy ryzyk ubezpieczeniowych: pobytu w szpitalu, pobytu w szpitalu PLUS, operacji ubezpieczonego, operacji dziecka oraz leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
- 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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.
2. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
 3. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), § 19 ust. 9 pkt 1), § 20 ust. 12 pkt 1), § 41 ust. 10 pkt 1), § 44 ust. 11 pkt 1), § 49 ust. 9 pkt 1) oraz § 50 ust. 10 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem § 7 ust. 10-13.

PARTNER JAKO WSPÓLUBEZPIECZONY

§ 8

1. Zgłoszenie partnera jako współubezpieczonego może nastąpić w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, albo w terminie późniejszym.
2. Ubezpieczyciel związany jest zgłoszeniem przez ubezpieczonego partnera jako współubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca polisowego 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 ubezpieczającego, liczonym od daty początku okresu 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 wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących wskazanego, zmienionego partnera jako współubezpieczonego, rozpoczyna się zgodnie z zapisami w odpowiednich ryzykach ubezpieczeniowych.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego

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 dotyczące 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 ubezpieczonego, jeżeli nie jest osobą występującą 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 terminach określonych w ust. 4, 5 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 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, w przypadku jeżeli 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 zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych 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 i uprawnionego zastępczego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego renty w przypadku śmierci ubezpieczonego, ubezpieczony może wskazać odrębnego uprawnionego i uprawnionego zastępczego.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazania, o których mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego lub uprawnionego zastępczego. 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 ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, w przypadku śmierci lub utraty prawa do świadczenia jednego z uprawnionych wskazanych przez ubezpieczonego, świadczenie wypłaca się pozostałym uprawnionym, zwiększając udziały pozostałych uprawnionych, proporcjonalnie do ich dotychczasowych udziałów w świadczeniu.
4. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci oraz wskazał uprawnionego zastępczego, to w przypadku gdy wszystkie wskazane osoby uprawnione w dniu zajścia zdarzenia nie żyją lub utraciły prawo do świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionemu zastępczemu.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego ani uprawnionego zastępczego 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).
6. W przypadku wskazania uprawnionego zastępczego postanowienia ust. 1-3 stosuje się odpowiednio.

Wariant „Dla Ciebie 80 Plus - Życie”

§ 13

1. W związku z ukończeniem przez ubezpieczonego 80 roku życia zgodnie z § 3 ust. 13 pkt 7), ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach wariantu „Dla Ciebie 80 Plus - Życie” na zasadach opisanych poniżej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy, ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach.
3. W przypadku braku zgody ubezpieczającego na zmienione warunki umowy, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w dzień poprzedzający najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 roku życia.

RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

§ 14

Zgodnie w wybranym przez ubezpieczającego wariantem lub pakietem dodatkowym zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować ryzyka ubezpieczeniowe, wymienione w § 15 - § 68. W sprawach nieuregulowanych w paragrafach, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pozostałe zapisy OWU.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 15

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na

- zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu.
 5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
 6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadku lotniczego jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego § 16

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu, protokół policji),
7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elek-

- tryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 7) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 9) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy **§ 17**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej 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 we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia.
 4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
 6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu, protokół policji, protokół wypadku przy pracy).
 7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadku lotniczego jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,

- 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy **§ 18**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej 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 we wniosku-polisie jako początek okresu, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wniosku-polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku-polisie albo w aneksie do wniosku-polisie.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu, protokół policji, protokół wypadku przy pracy).
7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa,

Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,

- 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadku lotniczego jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
- 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu **§ 19**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej 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 we wniosku-polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego

ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolis jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.

4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolis.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolis, z zastrzeżeniem ust. 4.
7. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu, dokumentację medyczną z przebiegu choroby).
9. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem

umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparolotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Renta w Przypadku Śmierci Ubezpieczonego **§ 20**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu renty w przypadku śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe renta w przypadku śmierci ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolis jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy renty w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Ubezpieczony może wnioskować o zmianę wariantu renty w ramach wariantów pakietów dodatkowych.
7. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w postaci renty miesięcznej w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolis.
8. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu renty w przypadku śmierci ubezpieczonego wynosi 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolis.
9. Świadczenie o którym mowa w ust. 7, wypłacane jest od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym został zgłoszony wniosek o wypłatę świadczenia/ zostało zgłoszone zawiadomienie o zajściu zdarzenia, do końca wskazanego przez ubezpieczonego okresu za jaki renta jest należna. Wpłata świadczenia następuje do 5. dnia roboczego danego miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Po wypłacie 12 rat miesięcznej renty uprawniony może złożyć dyspozycję wypłaty pozostałej części świadczenia w formie jednorazowej. W przypadku gdy uprawnionym do otrzymania renty jest osoba niepełnoletnia, dyspozycja wypłaty renty w formie jednorazowej, może zostać złożona dopiero po osiągnięciu przez tę osobę pełnoletności.
11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).

12. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu renty w przypadku śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwłócce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku **§ 21**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisys jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia, za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, przy czym 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 istniejącego bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, będącej załącznikiem nr 2 do OWU.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
7. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego

- wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys.
8. Ubezpieczyciel 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.
 9. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, kwota świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, którego przyczyną jest ten sam wypadek, zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconą z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
 10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 11. 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.
 12. 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.
 13. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwłócce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alko-

- holu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadku lotniczego jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego **§ 22**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia, za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, przy czym w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem komunikacyjnym ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem komunikacyjnym.
5. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, będącej załącznikiem nr 2 do OWU.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
7. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku komunikacyjnego nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
8. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
9. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. 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 komunikacyjnego. 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 komunikacyjnego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
11. 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 (np. protokół policji), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
12. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.
5. Z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a urazem niepowodującym powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
7. Warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest interwencja lekarska w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą związana z leczeniem urazu oraz interwencja kontrolna po leczeniu urazu.
8. Świadczenie z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczonego. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz dokumentację potwierdzającą dwie wizyty lekarskie w podmiocie leczniczym, o których mowa w ust. 6.
9. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz

Uraz Niepowodujący Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku **§ 23**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urazu niepowodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe uraz niepowodujący powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie dwa urazy niepowodujące powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w ciągu danego roku polisowego.

- w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadku lotniczego jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru

Mózgu § 24

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie lub aneksie do wnioskopolisy
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia, za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, przy czym w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed zawałem serca lub udarem mózgu ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
7. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, będącej załącznikiem nr 2 do OWU.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
9. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego zawału serca lub udaru mózgu nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
10. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
11. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
12. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia zawału serca lub udaru mózgu. 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 na skutek zawału serca lub udaru mózgu może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
14. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa,

- Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.
8. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub chorobą a niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
 9. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 10. Po wypłacie świadczenia wygasa odpowiedzialność z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
 11. 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 (np. orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydanym przez podmiot uprawniony), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 12. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
 13. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wyma-

Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

§ 25

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W ramach umowy ubezpieczenia w wariantcie „Dla Ciebie 80 Plus - Życie” ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.

- ganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadkiem lotniczym jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Powstanie Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy w Wyniku Wypadku

§ 26

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstanie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku albo w aneksie do wniosku.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolnością ubezpieczonego do pracy.
6. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Z dniem wypłaty świadczenia wygasa odpowiedzialność z tytułu powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy.
8. 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 (np. orzeczenie o niezdolności do pracy wydany przez podmiot uprawniony), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
9. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku

nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
- 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 7) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 8) wypadkiem lotniczym jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Powstanie Czasowej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy

§ 27

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstanie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu niniejszej umowy w zakresie czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, osobie uprawnionej przysługuje świadczenie za każdy dzień roboczy czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku lub choroby, począwszy od 1. dnia roboczego następującego po upływie 30 dni kalendarzowych trwania czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim dniu roboczym poprzedzającym 180 dzień kalendarzowy trwania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, pod warunkiem że ubezpieczony w okresie trwania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy nie zachowuje prawa do 100% wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy chorobą lub wypadkiem a czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy.
8. Uprawnionym 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby, zwolnienia lekarskie), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
10. Z tytułu powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie.
11. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
12. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
- 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadkiem lotniczym jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
- 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Pobyty Ubezpieczonego w Szpitalu **§ 28**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej 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, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3-6.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopoliisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4-6.
 4. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest wypadek.
 5. Jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ww. pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia, nawet jeżeli jego koniec nastąpił po tym okresie.
 6. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu, pobyt ubezpieczonego na OIOM rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 13.
 8. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 9. Świadczenie za pobyt ubezpieczonego w szpitalu przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.
 10. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliisy za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
 11. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliisy, z zastrzeżeniem ust. 12.
 12. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliisy.
 13. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliisy.
 14. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 16. W przypadku pobytu w szpitalu poza terytorium Polski, ubezpieczyciel może zwrócić się do uprawnionego o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 17. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

- 11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 12) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
- 13) ciąży, porodu, położu, związanych z niepowikłanym porodem fizjologicznym lub obserwacjami dobrostanu ciąży,
- 14) pozostawiania ubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

Pobyty Ubezpieczonego w Szpitalu PLUS **§ 29**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - d. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 6, 7.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku choroby, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku wypadku, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
6. 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, nawet jeżeli jego koniec przypadł po tym okresie.
7. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 4 zalicza

- się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
8. Świadczenie za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
9. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, 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.
10. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 13.
11. Świadczenie za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym, lub wypadkiem komunikacyjnym przy pracy przysługuje za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego lub wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - 2) pobyt jest pierwszym pobytem ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, o którym mowa w ust. 11 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub na izbie przyjęć związanego z tym wypadkiem.
13. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni, z zastrzeżeniem ust. 15.
14. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem komunikacyjnym przy pracy oraz za rekonwalescencją poszpitalną ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
15. W przypadku ubezpieczonego będącego: przedsiębiorcą nieodprowadzającym składek chorobowych, albo emerytem, albo osobą bezrobotną, albo rencistą z tytułu niezdolności do pracy, albo osobą otrzymującą świadczenie rehabilitacyjne albo osobą z orzeczeniami o niepełnosprawności, wypłaca się świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku albo choroby, przysługujące za okres 15 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający rekonwalescencją trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.

16. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
17. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) w przypadku rekonwalescencji poszpitalnej, kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital,
 - 3) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
18. W przypadku pobytu w szpitalu poza terytorium Polski, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
19. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
- 11) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 12) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi,
- 13) pozostawiania ubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowskim, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

**Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu
„Dla Ciebie 66 Plus – Życie”
§ 30**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej 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) rekonwalescencji poszpitalnej 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 rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, 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 rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
4. 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 z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna w wyniku wypadku rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku

- wypadku, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 10.
6. 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, z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
 8. 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:
 - 1) pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wypadku komunikacyjnego, oraz
 - 2) pobyt jest pierwszym w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym, z zastrzeżeniem ust. 9.
 9. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, o którym mowa w ust. 8 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub na izbie przyjęć związanego z tym wypadkiem.
 10. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczonego, przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni, z zastrzeżeniem ust. 15.
 11. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu w wyniku wypadku, szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz za rekonwalescencję poszpitalną ubezpieczonego w wyniku wypadku.
 12. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 13.
 13. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 14. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 15. W przypadku ubezpieczonego będącego: przedsiębiorcą nie odprowadzającym składek chorobowych, albo emerytem, albo osobą bezrobotną, albo rencistą z tytułu niezdolności do pracy, albo osobą otrzymującą świadczenie rehabilitacyjne albo osobą z orzeczeniami o niepełnosprawności, wypłaca się świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, przysługujące za okres 15 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający rekonwalescencję trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
 16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) w przypadku rekonwalescencji poszpitalnej, kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital,
 - 3) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 17. W przypadku pobytu w szpitalu poza terytorium Polski, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 18. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodo-

wy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,

- 11) pozostawiania ubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu

§ 31

1. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego, związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
2. W przypadku wariantu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, albo pobytem ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, lub pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, albo pierwszej składki należnej po zawarciu aneksu do wnioskopolis.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolis jako początek okresu ubezpieczenia.
5. W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie w związku z trzema rozpoczętymi w tym okresie:
 - 1) pobytami w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku, objętymi odpowiedzialnością na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego – Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - 2) pobytami w szpitalu ubezpieczonego, objętymi odpowiedzialnością na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego – Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”.
6. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, o którym mowa w ust. 1, jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu będącego w zakresie danego pakietu dodatkowego.
7. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego w przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”, o którym mowa w ust. 2, jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie”.
8. Jeżeli w związku z jednym zdarzeniem ubezpieczenio-

wym, ubezpieczony przebywa w szpitalu oraz na OIOM, ubezpieczyciel przyznaje jedno świadczenie z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.

9. Z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w ust. 1-2, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolis.
10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych paragrafach mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego – Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu albo Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”.

Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 32

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań, będącym załącznikiem nr 9 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolis jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5,6.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10), 12) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku.
6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogu poważnych zachorowań), ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie, w przypadku którego proces diagnostyczny rozpoczął się, lub które jest następstwem wypadku zaistniałego, w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. 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 ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. 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 ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A.
9. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
10. Uprawnionym 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 (np. dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania) niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
16. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiających oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową

§ 33

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową: oka – C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10) i polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.

- polisy, z zastrzeżeniem ust. 4.
7. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.
 8. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 9. Po wypłacie świadczenia, odpowiedzialność z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową wygasa, jednocześnie pakiet dodatkowy „Onkologiczny” ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego, następującego po wypłacie świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka.
 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 11. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
 12. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową
 - 7) chorób związanych z infekcją wirusem HIV.
- przedinwazyjnym wymienioną w katalogu chorób nowotworowych w stadium przedinwazyjnym, będącym załącznikiem nr 12 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym: krtani – D02.0 (wg ICD 10), skóry i innych nieokreślonych części twarzy – D04.3 (wg ICD 10) i polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie.
 6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 5.
 8. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym.
 9. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 10. Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym wygasa.
 11. 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 12. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
 13. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni

Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową w Stadium Przedinwazyjnym **§ 34**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni

- nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
- 4) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) chorób związanych z infekcją wirusem HIV.

Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby Cywilizacyjne § 35

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zachorowanie na choroby cywilizacyjne określone w katalogu chorób cywilizacyjnych, będącym załącznikiem nr 11 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne określone w pkt 4), 6), 7) w katalogu chorób cywilizacyjnych i polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu danej choroby cywilizacyjnej, z zastrzeżeniem ust. 9.
8. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. Procent sumy ubezpieczenia określany jest na podstawie katalogu chorób cywilizacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zachorowania na cukrzycę niewymagającą podawania insuliny - Typ 2, wypłata świadczenia w związku z pogorszeniem stanu zdrowia skutkującym zachorowaniem na cukrzycę o ciężkim przebiegu - Typ 1 lub Typ 2, będzie wynosić 90% sumy ubezpieczenia. Kwota świadczenia nie może przekroczyć 100 % sumy ubezpieczenia.
10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. 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 (dokumentację medyczną z przebiegu choroby), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
12. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu 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.
13. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego § 36

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zastosowania u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określony jest w katalogach metod leczenia specjalistycznego: kardiologicznym lub rozszerzonym, będącym załącznikiem odpowiednio nr 3 i nr 4 do OWU. Katalog metod leczenia specjalistycznego wskazany jest we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określonego w pkt 8) katalogu rozszerzonym metod leczenia specjalistycznego powstałego w wyniku wypadku.
6. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, stosowanego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4, oraz nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie.
7. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
8. 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.
9. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
10. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.
11. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za leczenie specjalistyczne ubezpieczonego na skutek choroby zdiagnozowanej przez lekarza, lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. 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. 11 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne ubezpieczonego,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A.
13. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. Procent sumy ubezpieczenia określany jest na podstawie danego katalogu metod leczenia specjalistycznego.
14. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby, dokumentację potwierdzającą leczenie specjalistyczne), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
16. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz

- w wyniku schorzeń spowodowanych użytkowaniem ww. substancji,
- 7) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 9) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Operacje Ubezpieczonego **§ 37**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku wariantu „Dla Ciebie 66 Plus - Życie”, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje wymienione w katalogu operacji, będącym załącznikiem nr 6 do OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe operacji ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
6. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, 5 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek.
7. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, 5 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
9. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza, lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. 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 ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. i przewidującej w swym zakresie operacje ubezpieczonego,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A.
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 zastrzeżeniem ust. 12.
12. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 11, zalicza się również okres opłacania składek z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego.
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 świadczenie w wysokości procenta sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku albo w aneksie do wniosku, zgodnie z poniższym porządkiem:
 - 1) 10% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 1,
 - 2) 25% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 2,
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 3,
 - 4) 75% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 4,
 - 5) 100% sumy ubezpieczenia 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 tej 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. Uprawnionym 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby, dokumentację potwierdzającą wykonanie operacji), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
20. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

- 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
- 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 7) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 8) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadkiem lotniczym jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
- 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 11) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
- 12) operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
- 13) operacji przeprowadzanych w celach diagnostycznych,
- 14) operacji stomatologicznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
- 15) operacji wtórnych przeprowadzonych w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.

Druga Opinia Medyczna Ubezpieczonego

§ 38

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
 - 2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego,
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej, rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. W okresie 2 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, w zakresie choroby której przyczyną jest wypadek.
6. Do okresu 2 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej jeżeli chorobę u ubezpieczonego zdiagnozowano w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
9. W ramach drugiej opinii medycznej, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
 - 1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
 - 2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
 - 3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
 - 4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
 - 5) dostarczy drugą opinię medyczną ubezpieczonemu lub na pisemny wniosek ubezpieczonego – lekarzowi prowadzącemu.
10. Informacje zawarte w drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez leka-

- rza prowadzącego, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez ubezpieczonego z lekarzem prowadzącym leczenie.
11. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiadają za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.
 12. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 6) adres email – poczty elektronicznej,
 - 7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
 13. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,
 - 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
 - 3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
 14. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
 - 1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej choroby,
 - 2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania drugiej opinii medycznej.
 15. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
 16. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
 17. Świadczeniodawca przekaze informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
 18. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz przekaze przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
 19. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 17.
 20. W przypadku, gdy do sporządzenia drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
 21. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia drugiej opinii medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

Świadczenie Pomocowe po Udarze Mózgu § 39

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie świadczenia pomocowego po udarze mózgu ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe świadczenie pomocowe po udarze mózgu, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu, polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie lub aneksie do wnioskopolisy.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Po wypłacie kwoty świadczenia, wygasa odpowiedzialność z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu.
7. Z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 4.
8. Uprawnionym 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,

- 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
- 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 7) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Świadczenie Pomocowe po Zawale Serca

§ 40

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie świadczenia pomocowego po zawale serca ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po zawale serca rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wniosku-polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe świadczenie pomocowe po zawale serca, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po zawale serca, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku-polisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po zawale serca, polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku-polisie lub aneksie do wniosku-polisie.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Po wypłacie kwoty świadczenia, wygasa odpowiedzialność z tytułu świadczenia pomocowego po zawale serca.
7. Z tytułu świadczenia pomocowego po zawale serca, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku-polisie albo w aneksie do wniosku-polisie, z zastrzeżeniem ust. 4.
8. Uprawnionym 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po zawale serca nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, , sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Małżonka albo Partnera

§ 41

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie

- śmierci małżonka albo partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci małżonka albo partnera, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
 5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2-4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku.
 6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 8. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
 10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka lub partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej.
- tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany.
 5. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 6. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
 8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do

Śmierć Małżonka albo Partnera w Wyniku Wypadku

§ 42

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach

- kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadkiem lotniczym jeżeli małżonek albo partner był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Małżonka albo Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego **§ 43**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany.
5. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią małżonka albo partnera.
7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu, protokół policji).
9. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
- 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 6) rozpoznania u małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwowych, uzależnień,
- 7) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 9) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Małżonka albo Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu **§ 44**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okre-

- su ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca albo udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
 5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2-4 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, polega na wypłacie świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu.
 6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. Z tytułu śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu, z zastrzeżeniem ust. 5.
 8. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią małżonka albo partnera.
 9. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu, dokumentację medyczną z przebiegu choroby).
 11. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wyko-
- nująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa w winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Powstanie Niezdolności Małżonka albo Partnera do Pracy w Wyniku Wypadku **§ 45**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstanie niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu powstania niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany.
5. Z tytułu powstania niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolnością małżonka albo partnera do pracy.
7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. 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 (np. orzeczenie o niezdolności do pracy

wydanym przez podmiot uprawniony), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

9. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności małżonka albo partnera do pracy w wyniku wypadku, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadkiem lotniczym jeżeli małżonek albo partner był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia

sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu

§ 46

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu lub pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu lub pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
4. W przypadku wskazania albo 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 polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
5. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2-4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy pobytu małżonka albo partnera w szpitalu lub pobytu małżonka albo partnera w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest wypadek.
6. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ww. pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia, nawet jeżeli jego koniec przypadał po tym okresie.
7. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
8. Świadczenie za pobyt małżonka albo partnera w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
9. W przypadku, gdy pobyt małżonka albo partnera w szpitalu, pobyt małżonka albo partnera na OIOM rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka albo partnera w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, z zastrzeżeniem ust. 16.
10. W przypadku, gdy pobyt małżonka albo partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył

- się po tym okresie, świadczenia przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka albo partnera w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
11. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt małżonka albo 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 albo partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 13.
 13. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 14. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 15.
 15. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka albo partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 16. Świadczenie za pobyt na OIOM w wyniku wypadku lub choroby wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 17. Uprawnionym 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:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne 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, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 20. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
- 5) działania małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralołniarstwo, motoparalołniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
 - 11) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 12) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 13) ciąży, porodu, połogu, związanych z niepowikłanym porodem fizjologicznym lub obserwacjami dobrostanu ciąży,
 - 14) pozostawiania małżonka albo partnera w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
 - 15) pozostawiania małżonka albo partnera w szpitalu udzielającym całodobowej opieki zdrowotnej działającym poza terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, Wielkiej Brytanii.

Pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu PLUS

§ 47

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. wypadku komunikacyjnego przy pracy,
 - d. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 6, 7.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku choroby, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego przy pracy lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku wypadku, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia.
6. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka albo partnera rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia, nawet jeżeli jego koniec przypadał po tym okresie.
7. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
8. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka albo partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
9. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz rekonwalescencji poszpitalnej partnera w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy, pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz rekonwalescencji poszpitalnej partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany.
11. W przypadku, gdy pobyt małżonka albo partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka albo partnera w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
12. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna małżonka albo partnera rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 15.
13. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka albo partnera w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, przysługuje za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt małżonka albo partnera w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, lub wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz
 - 2) pobyt jest pierwszym pobytem małżonka albo partnera w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, lub wypadkiem komunikacyjnym przy pracy,z zastrzeżeniem ust. 14.
14. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem, o którym mowa w ust. 12 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub na izbie przyjęć związanego z tym wypadkiem.
15. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni, z zastrzeżeniem ust. 17.
16. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu kwotę świadczenia wskazaną we wniosku albo w aneksie do wniosku za pobyt małżonka albo partnera w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem komunikacyjnym przy pracy oraz za rekonwalescencją poszpitalną małżonka albo partnera w wyniku wypadku lub choroby.
17. W przypadku małżonka albo partnera będącego: przedsiębiorcą nie odprowadzającym składek chorobowych, albo emerytem, albo osobą bezrobotną, albo rencistą z tytułu niezdolności do pracy, albo osobą otrzymującą świadczenie rehabilitacyjne albo osobą z orzeczeniami o niepełnosprawności, wypłaca się świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej małżonka albo partnera 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.
18. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a pobytem małżonka albo partnera w szpitalu.
 19. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 20. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) w przypadku rekonwalescencji poszpitalnej, kopię zwolnienia lekarskiego wydanego przez szpital,
 - 3) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 21. 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, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 22. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
 - 11) pełnieniem przez małżonka albo partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 12) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 13) ciąży, porodu, połogu, związanych z niepowikłanym porodem fizjologicznym lub obserwacjami dobrostanu ciąży,
 - 14) pozostawiania małżonka albo partnera w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
 - 15) pozostawiania małżonka albo partnera w szpitalu udzielającym całodobowej opieki zdrowotnej działającym poza terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, Wielkiej Brytanii.

Wystąpienie u Małżonka albo Partnera Poważnego Zachorowania

§ 48

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania małżonka albo partnera.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań, będącego załącznikiem nr 9 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienie u małżonka albo partnera poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.

5. W przypadku wskazania albo 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 wskazania/zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3-5 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10), 12) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku.
7. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
8. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogu poważnych zachorowań), ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie, w przypadku którego proces diagnostyczny rozpoczął się, lub które jest następstwem wypadku, zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. 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 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TunŻ „WARTA” S.A. i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie małżonka albo partnera, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TunŻ „WARTA” S.A.
10. Z tytułu wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
11. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
12. W przypadku wystąpienia u małżonka albo 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.
13. W przypadku wystąpienia u małżonka albo 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.
14. W przypadku wystąpienia u małżonka albo partnera co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
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 (np. dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
16. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka albo partnera na dodatkowe badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
17. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka albo partnera,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez małżonka albo partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) uprawiania przez małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego

§ 49

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej 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 we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w związku ze śmiercią ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest dziecko ubezpieczonego.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
9. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez ubezpieczonego jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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.

Śmierć Dziecka

§ 50

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci dziecka ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierć dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy śmierci dziecka w wyniku wypadku.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego miało ukończony 6 miesiąc życia.
7. Z tytułu śmierci dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
8. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
10. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 3,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej.

Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku

§ 51

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci dziecka w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, albo pierwszej składki należnej po zawarciu aneksu do wnioskopolisy.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierć dziecka w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpie-

- czyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisys jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego miało ukończony 6 miesiąc życia.
 5. Z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys.
 6. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
 8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania dziecka, po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadkiem lotniczym jeżeli dziecko było pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Śmierć Noworodka

§ 52

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci noworodka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierć noworodka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisys jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy śmierci noworodka w wyniku wypadku.
5. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu śmierci noworodka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys.
7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
9. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 2) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej.

Urodzenie się Dziecka

§ 53

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urodzenia się dziecka.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
 3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe urodzenia się dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
 4. W okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną wymienioną w katalogu wad wrodzonych i stwierdzoną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 5. Do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 6. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej w wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. Z tytułu urodzenia się kolejnego dziecka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia powiększonej o kwotę wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 8.
 8. Poprzez kolejne dziecko uważa się urodzenie się co najmniej drugiego dziecka ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
 9. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu urodzenia się kolejnego dziecka, również w przypadku gdy zostało wypłacone świadczenie za urodzenie się dziecka ubezpieczonego w poprzednim ubezpieczeniu Warta Dla Ciebie i Rodziny.
 10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 11. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka albo przysposobienie dziecka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 12. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonego 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.
 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 (np. odpis skrócony aktu urodzenia), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- zanim we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 9.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.
 6. Z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 8. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka z wadą wrodzoną oraz stwierdzenie wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 9.
 9. Stwierdzenie przez lekarza wady wrodzonej musi nastąpić do 3 roku życia dziecka.
 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 (np. odpis skrócony aktu urodzenia, dokumentację medyczną potwierdzającą wadę wrodzoną), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Urodzenie się Wnuka § 55

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urodzenia się wnuka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe urodzenia się wnuka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. W okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy urodzenia się wnuka z wadą wrodzoną wymienioną w katalogu wad wrodzonych i stwierdzoną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego do 3 roku życia wnuka.
5. Do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
6. Z tytułu urodzenia się wnuka ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się

Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną § 54

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną wymienioną w katalogu wad wrodzonych, będącej załącznikiem nr 1 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się w dniu wska-

- żywego wnuka albo przysposobienie wnuka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
9. 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.
 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 (np. odpis skrócony aktu urodzenia), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku **§ 56**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
4. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia, za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, przy czym w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustala się w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, będącej załącznikiem nr 2 do OWU.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu wypadku powodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.
8. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
9. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka 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 dziecka w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.
12. 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.
13. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwłócze drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
 - 5) działania dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez dziecko pojazdu lądowego, stat-

- ku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadku lotniczego jeżeli dziecko było pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Pobyt Dziecka w Szpitalu **§ 57**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole,
 - 3) pobytu dziecka w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu lub pobytu dziecka w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 6, 7.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, wypadku w szkole, pobytu dziecka w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu lub pobytu dziecka w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolicy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, wypadku w szkole, pobytu dziecka w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolicy jako początek okresu ubezpieczenia.
6. Jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu, pobytu dziecka na OIOM jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia, nawet jeżeli jego koniec nastąpił po tym okresie.
7. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
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. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu, pobyt dziecka w szpitalu na OIOM rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, świadczenie 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, z zastrzeżeniem ust. 19.
10. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.
11. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy w dniu przyjęcia dziecka do szpitala lub przyjęcia dziecka do szpitala na OIOM mającego miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia.
12. Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia wypadku w szkole, oraz
 - 2) pobyt jest pierwszym pobytym w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem w szkole, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. Za pierwszy pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem w szkole, o którym mowa w ust. 12 pkt 2), nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub na izbie przyjęć związanego z tym wypadkiem.
14. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolicy, z zastrzeżeniem ust. 15.
15. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolicy.
16. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolicy, z zastrzeżeniem ust. 17.
17. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolicy.
18. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem w szkole, przysługuje świadczenie w wysokości wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolicy.

19. Świadczenie za pobyt dziecka na OIOM, którego przyczyną jest choroba lub wypadek wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
20. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
21. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
22. 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, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
23. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
 - 11) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 12) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 13) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 14) ciąży, porodu, porożu, związanych z niepowikłanym porodem fizjologicznym lub obserwacjami dobrostanu ciąży,
 - 15) pozostawiania dziecka w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
 - 16) pozostawiania dziecka w szpitalu udzielającym całonocnej opieki zdrowotnej działającym poza terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, Wielkiej Brytanii.

**Ubezpieczenie Lekowe Związane
z Pobytem Dziecka w Szpitalu
§ 58**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby, albo pobytem dziecka w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby, lub pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie w związku z trzema rozpoczętymi w tym okresie pobytami dziecka w szpitalu, o których mowa w ust. 1.
5. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka ubez-

- pieczeniowego jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w Szpitalu, będącego w zakresie danego pakietu dodatkowego.
6. Jeżeli w związku z jednym zdarzeniem ubezpieczeniowym, dziecko przebywa w szpitalu oraz na OIOM, ubezpieczyciel przyznaje jedno świadczenie z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 7. Z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 8. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 9. W sprawach nieuregulowanych w niniejszymi paragrafie mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego – Pobyt Dziecka w Szpitalu.
12. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 13. 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, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 14. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwłócze drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
 - 5) działania dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożli-

Rekonwalescencja Dziecka

§ 59

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie rekonwalescencji dziecka w wyniku pobytu w szpitalu dziecka spowodowanego chorobą lub wypadkiem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4-6.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe rekonwalescencji dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4-6.
4. W okresie 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy rekonwalescencji dziecka której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany wypadkiem.
5. 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, nawet jeżeli zakończył się po tym okresie.
6. Do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 świadczenia z tytułu rekonwalescencji dziecka ubezpieczonego.
8. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu przyjęcia dziecka do szpitala mającego miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
9. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji dziecka przysługuje w postaci jednorazowej kwoty, pod warunkiem nieprzerwanego pobytu dziecka w szpitalu trwającego powyżej 14 dni w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka.
10. Z tytułu rekonwalescencji dziecka, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
11. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.

- wiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
- 11) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 12) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 13) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 14) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków powikłania ciąży, porodu lub połogu,
 - 15) pozostawiania dziecka w: szpitalu uzdrowskim, szpitalu lub oddziale psychiatrycznym, szpitalu więziennym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osoby na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania § 60

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej 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, będącym załącznikiem nr 10 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania określonego w pkt 9), 17)-19) katalogu poważnych zachorowań dziecka powstałego w wyniku wypadku.
6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogu poważnych zachorowań dziecka), ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie, w przypadku którego proces diagnostyczny rozpoczął się, lub które jest następstwem wypadku, zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUŹ „WARTA” S.A. 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 ubezpieczycielem niż TUŹ „WARTA” S.A. 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 ubezpieczycielem niż TUŹ „WARTA” S.A.
9. Ubezpieczyciel udziela ochrony, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
10. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku albo w aneksie do wniosku.
11. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
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 (np. dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
16. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
17. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,

- 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.
- czyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopoliszy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określonego w pkt 6) katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka powstałego w wyniku wypadku.
 6. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby, stosowanego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie.
 7. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 8. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u dziecka. 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.
 9. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 10. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.
 11. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za leczenie specjalistyczne dziecka na skutek choroby zdiagnozowanej przez lekarza, lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. 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. 11 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A. i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne dziecka,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUnŻ „WARTA” S.A.

Leczenia Specjalistycznego Dziecka **§ 61**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zastosowania u dziecka leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka określony jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka, będącym załącznikiem nr 5 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe leczenia specjalistycznego dziecka, odpowiedzialność ubezpie-
13. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu zastosowania jednej z metod leczenia specjalistycznego.
14. Z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości ustalonej jako procent sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy. Procent sumy ubezpieczenia ustalany jest na podstawie katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka.
15. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarze-

- nia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby, dokumentację potwierdzającą leczenie specjalistyczne), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
17. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wycięciu drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
 - 5) działania dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 8) wada wrodzonych i schorzeń będącymi ich skutkiem,
 - 9) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.
 - ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
 2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje wymienione w katalogu operacji dziecka, będącym załącznikiem nr 7 do OWU.
 3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o dany pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe operacji dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
 5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy operacji dziecka w wyniku wypadku.
 6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u dziecka.
 8. W przypadku gdy ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje dziecka będące wynikiem choroby stwierdzonej przez lekarza, lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
 9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym ubezpieczycielem niż TUŃ „WARTA” S.A. 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 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUŃ „WARTA” S.A. i przewidującej w swym zakresie operacje dziecka,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym ubezpieczycielem niż TUŃ „WARTA” S.A.
 10. Po dwóch latach od daty początku okresu ubezpieczenia, gdy w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje dziecka 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. 11.
 11. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 10, zalicza się również okres opłacania składek z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia, przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji dziecka.
 12. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu wykonania operacji.
 13. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wy-

Operacje Dziecka

§ 62

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela

- konania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
14. Za operacje wymienione w katalogu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości procenta sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, zgodnie z poniższym przyporządkowaniem:
 - 1) 5% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 1,
 - 2) 10% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 2,
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 3,
 - 4) 50% sumy ubezpieczenia za operacje z poziomu 4,
 - 5) 100% sumy ubezpieczenia 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 tej 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. Uprawnionym 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby, dokumentację potwierdzającą wykonanie operacji), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 20. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez dziecko jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania dziecka po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez dziecko: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 7) rozpoznania u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) wypadkiem lotniczym jeżeli dziecko było pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
 - 12) operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi, za wyjątkiem wskazań medycznych,
 - 13) operacji przeprowadzanych w celach diagnostycznych,
 - 14) operacji stomatologicznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 15) operacji wtórnych przeprowadzonych w ciągu tego samego pobytu dziecka w placówce medycznej,
 - 16) wad wrodzonych i schorzeń będącymi ich skutkiem,
 - 17) operacji poza terytorium: Polski, krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, Wielkiej Brytanii.

Powikłania Operacji Dziecka **§ 63**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powikłań operacji dziecka w związku z wykonaną operacją dziecka w wyniku wypadku lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji dziecka, będącym załącznikiem nr 8 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powikłań operacji dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z ty-

- tułu powikłań operacji dziecka w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopoliszy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy powikłań operacji dziecka, której przyczyną jest wykonana operacja dziecka w wyniku wypadku.
 6. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu wystąpienia powikłań operacji.
 8. Z tytułu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu powikłań operacji dziecka z podanym poziomem powikłań, w skali od 1 (powikłania najłżejsze) do 4 (powikłania najcięższe).
 9. Za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości procenta sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy, zgodnie z poniższym przyporządkowaniem:
 - 1) 15% sumy ubezpieczenia za powikłania operacji z poziomu 1,
 - 2) 30% sumy ubezpieczenia za powikłania operacji z poziomu 2,
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia za powikłania operacji z poziomu 3,
 - 4) 100% sumy ubezpieczenia za powikłania operacji z poziomu 4.
 10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 11. 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 (np. dokumentację medyczną z przebiegu choroby, dokumentację potwierdzającą wykonanie operacji), niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 12. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji nie wymienionych w katalogu powikłań operacji dziecka.
 13. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji, występujących po 3 miesiącach po wykonanej operacji
 14. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka, nie są objęte zdarzenia wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, o których mowa w § 62 ust. 20.

Druga Opinia Medyczna Dziecka

§ 64

1. W ramach umowy ubezpieczenia dziecka przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej.
 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
 - 2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez dziecko albo opiekuna prawnego w związku z opinioną chorobą i stanem zdrowia dziecka,
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – w przypad-
- ku wyrażenia stosownej prośby dziecka lub opiekuna prawnego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.
 3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej dziecka, rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 6.
 4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe drugiej opinii medycznej dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopoliszy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
 5. W okresie 2 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy drugiej opinii medycznej dziecka, w zakresie choroby której przyczyną jest wypadek.
 6. Do okresu 2 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
 7. Dziecko przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej jeżeli chorobę u dziecka zdiagnozowano w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 8. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 6 miesiąc życia i nie ukończyło 26 roku życia w dniu zdiagnozowania choroby u dziecka.
 9. Dziecko ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, dziecko na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
 10. W ramach drugiej opinii medycznej, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
 - 1) poinformuje dziecko lub opiekuna prawnego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
 - 2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
 - 3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
 - 4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
 - 5) dostarczy drugą opinię medyczną dziecku lub opiekunowi prawnemu lub na pisemny wniosek dziecka lub opiekuna prawnego – lekarzowi prowadzącemu.
 11. Informacje zawarte w drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania drugiej opinii medycznej wymaga uzgodnienia przez dziecko lub opiekuna prawnego z lekarzem prowadzącym leczenie.
 12. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiadają za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w drugiej opinii medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.
 13. W celu uzyskania drugiej opinii medycznej, dziecko lub opiekun prawny zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:

- 1) nr PESEL dziecka,
 - 2) imię i nazwisko dziecka,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 6) adres email – poczty elektronicznej,
 - 7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
14. Warunkiem uzyskania przez dziecko drugiej opinii medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności dziecko lub opiekun prawny zobowiązane jest:
- 1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,
 - 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,
 - 3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
15. Dziecko lub opiekun prawny zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
- 1) zasięgnięcie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych dziecku w zakresie opiniowanej choroby,
 - 2) przekazywanie danych medycznych dotyczących dziecka, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania drugiej opinii medycznej.
16. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w drugiej opinii medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
17. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka przez lekarza prowadzącego.
18. Świadczeniodawca przekazuje informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Dziecko lub opiekun prawny powinno wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda drugą opinię medyczną.
19. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez dziecko lub opiekuna prawnego lub lekarza prowadzącego oraz przekazuje przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta drugiej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem dziecku lub opiekunowi prawnemu.
20. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do dziecka albo opiekuna prawnego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej, o której mowa w ust. 18.
21. W przypadku, gdy do sporządzenia drugiej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, druga opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
22. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia drugiej opinii medycznej, w przy-

padku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego dziecka. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby dziecka od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, dziecko lub opiekun prawny będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera § 65

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2-4 odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku.
6. D okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 9.
7. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
8. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).

Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w Wyniku Wypadku § 66

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.

3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopolisu jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku wskazania albo zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia wskazania/zmiany.
5. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisu.
6. Uprawnionym 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:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia (np. kartę zgonu).
8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia rodzica, rodzica małżonka albo partnera na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez rodzica, rodzica małżonka albo partnera,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału rodzica, rodzica małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 4) wykonywania przez rodzica, rodzica małżonka albo partnera jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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,
 - 5) działania rodzica, rodzica małżonka albo partnera po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez rodzica, rodzica małżonka albo partnera: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
- 7) rozpoznania u rodzica, rodzica małżonka albo partnera chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
- 8) prowadzenia przez rodzica, rodzica małżonka albo partnera pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
- 9) wypadkiem lotniczym jeżeli rodzic, rodzic małżonka albo partnera był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych,
- 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez rodzica, rodzica małżonka lub partnera, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 11) uprawiania przez rodzica, rodzica małżonka albo partnera niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.

Pakiet medyczny

§ 67

1. Użyty w niniejszym paragrafie określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, ponadto poniższe określenia oznaczają:
 - 1) **badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie,
 - 2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy osobie uprawnionej do świadczenia,
 - 3) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą co najmniej 12 miesięcy, stale lub okresowo leczona oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
 - 4) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
 - 5) **członkowie najbliższej rodziny** – biologicznych rodziców, biologiczne rodzeństwo, biologiczne dzieci ubezpieczonego,
 - 6) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18 roku życia,
 - 7) **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,
 - 8) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowa-

- dzi leczenie osoby uprawnionej na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie będący lekarzem uprawnionym,
- 9) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
 - 10) **miejsce pobytu** – miejsce pobytu osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
 - 11) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
 - 12) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkujejącą w miejscu pobytu, 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,
 - 13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi,
 - 14) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczonego, drugiego rodzica dziecka ubezpieczonego lub inną osobę wyznaczoną przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym,
 - 15) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 16) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 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 wálki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, ła-ski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, temblak, 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 łądzwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebro-wa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,
 - 19) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Pol-skiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi prze-pisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, pod-miot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpita-li więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach sta-łych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu pakietu medycznego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sana-torium, uzdrowiska, domu opieki, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 20) **świadczonodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w pakiecie medycznym,
 - 21) **trudna sytuacja losowa** – śmierć ubezpieczone-go, śmierć dziecka, śmierć małżonka lub partne-ra, 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 dziec-ka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, zaistniałe w okresie trwania odpowiedzial-ności ubezpieczyciela,
 - 22) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie osoby uprawnionej na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
 - 23) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego osoba uprawniona w czasie poruszania się na rowerze uległa obrażeniu ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami,
 - 24) **zachorowanie na chorobę nowotworową członka najbliższej rodziny** – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek no-wotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego pakietu medycznego oraz musi zo-stać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przy-padki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chło-niaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry). Definicja zachorowania na chorobę nowotworowa nie obejmuje:
 - a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (car-cinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwo-ści, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszel-kich zmian przedrakowych,
 - b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawanso-wania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
 - c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawanso-wania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niż-szym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
 - f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - g) wszelkich nowotworów współistniejących z infek-cją HIV.
- Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego.

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:

- 1) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne,
 - 2) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem,
 - 3) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności,
- 25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, które miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie pakietu medycznego, polegające na:
- a) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym w wariancie Dla Rodziny w Tabeli nr 2:
 - i. wystąpieniu nagłego zachorowania, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-15),
 - ii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-15),
 - iii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku rowerowego, dla świadczeń wskazanych w pkt 16)-17),
 - iv. urodzeniu się dziecka, dla świadczeń wskazanych w pkt 18)-19),
 - v. wystąpieniu trudniej sytuacji losowej, dla świadczenia wskazanego w pkt 20),
 - b) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym w wariancie Dla Ciebie 66 Plus w Tabeli nr 3:
 - i. wystąpieniu nagłego zachorowania, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-16),
 - ii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-17),
 - c) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Dla Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera w Tabeli nr 4:
 - i. wystąpieniu nagłego zachorowania, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-11),
 - ii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-11),
 - d) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Aktywni w Tabeli nr 5:
 - i. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku, dla świadczeń wskazanych w ppkt a)-d) i ppkt g)-h),
 - ii. doznaniu obrażeń ciała będących wynikiem wypadku rowerowego, dla świadczeń wskazanych w ppkt e)-f),
 - e) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Zdrowie Plus w Tabeli nr 6:
 - i. wydaniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-3),
 - ii. wystąpieniu poważnego zachorowania, ujętego w katalogu poważnych zachorowań, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-3),
 - iii. zachorowaniu na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami w § 1 ust. 2 pkt 67), dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-4),
 - iv. wystąpieniu poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego, ujętego w katalogu poważnych zachorowań, dla świadczeń wskazanych w pkt 4), 5) i 7),
 - v. wystąpieniu poważnego zachorowania w zakresie łagodnego nowotworu mózgu, ujętego w katalogu poważnych zachorowań, dla świadczeń wskazanych w pkt 4),
 - vi. zachorowaniu na chorobę nowotworową członka najbliższej rodziny, zgodnie z zapisami w § 67 ust. 1 pkt 24), dla świadczeń wskazanych w pkt 6),
 - vii. wystąpieniu poważnego zachorowania w zakresie udaru mózgu, ujętego w katalogu poważnych zachorowań, dla świadczeń wskazanych w pkt 8),
 - viii. wystąpieniu poważnego zachorowania w zakresie zawału serca, ujętego w katalogu poważnych zachorowań, dla świadczeń wskazanych w pkt 9),
- f) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Onkologiczny w Tabeli nr 7:
- i. wydaniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-3),
 - ii. zachorowaniu na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami w § 1 ust. 2 pkt 66), dla świadczeń wskazanych w pkt 1-5) i 7),
 - iii. zachorowaniu na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami w § 1 ust. 2 pkt 67), dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-4),
 - iv. zachorowaniu na chorobę nowotworową członka najbliższej rodziny, zgodnie z zapisami w § 67 ust. 1 pkt 24), dla świadczeń wskazanych w pkt 6),
- g) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Kardiologiczny w Tabeli nr 8:
- i. zachorowaniu na udar mózgu zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 46), dla świadczeń wskazanych w pkt 1),
 - ii. zachorowaniu na zawał serca, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 68), dla świadczeń wskazanych w pkt 2),
- h) w zakresie wskazanym w Pakiecie medycznym Chorób Cywilizacyjnych w Tabeli nr 9: zachorowaniu na daną chorobę cywilizacyjną, ujętą w katalogu chorób cywilizacyjnych, dla świadczeń wskazanych w pkt 1)-8).
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka, rodzica, rodzica małżonka albo partnera.
 3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pakietu medycznego:
 - 1) w wariancie Dla Rodziny (Tabela nr 2),
 - 2) w wariancie Dla Ciebie 66 Plus (Tabela nr 3),będącego ryzykiem ubezpieczeniowym w danym wariancie ubezpieczenia,
 4. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pakietu medycznego:
 - 1) Dla Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera (Tabela nr 4),
 - 2) Aktywni (Tabela nr 5),
 - 3) Zdrowie Plus (Tabela nr 6),
 - 4) Onkologiczny (Tabela nr 7),
 - 5) Kardiologiczny (Tabela nr 8),
 - 6) Choroby Cywilizacyjne (Tabela nr 9),będącego ryzykiem ubezpieczeniowym w danym pakiecie dodatkowym.

5. Zakres pakietu medycznego objęty umową ubezpieczenia wskazany jest we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pakietu medycznego, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
7. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe pakietu medycznego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, jednocześnie za zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 pkt 25) w ramach tego pakietu dodatkowego, uznaje się zdarzenie ubezpieczeniowe, które powstało od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu pakietu medycznego, określonego w poniższych Tabelach.

Pakiet medyczny w wariancie Dla Rodziny

9. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, wskazane są w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2. Pakiet medyczny w wariancie „Dla Rodziny”

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego dla osoby uprawnionej	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1	Transport medyczny:	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1500 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym					ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
	a) z miejsca pobytu do placówki medycznej,		TAK	TAK	NIE	NIE	
	b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej,		TAK	TAK	NIE	NIE	
	c) z placówki medycznej do miejsca pobytu.		TAK	TAK	NIE	NIE	
	Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; 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 osoby uprawnionej.						
2	Pobyt opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 500 zł					dziecko
	Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do określonego limitu.		TAK	TAK	NIE	NIE	
3	Prywatne lekcje	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 600 zł na jedno zdarzenie					dziecko
	Opis: Jeśli stan zdrowia osoby uprawnionej wymaga 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 do określonego limitu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia.		TAK	TAK	NIE	NIE	

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego dla osoby uprawnionej	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
4	<p>Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu:</p> <p>a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo</p> <p>b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu;</p> <p>W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na:</p> <p>c) organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu osoby uprawnionej.</p>	<p>usługi wymienione w pkt a)-b) są świadczone do łącznej kwoty 750 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu);</p> <p>usługa wymieniona w pkt c), jest świadczona do kwoty 150 zł/dzień przez maksymalnie 5 dni na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym</p>	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner
5	<p>Rehabilitacja</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację, proces rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.</p>	<p>maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1500 zł na jedno zdarzenie</p>	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
6	<p>Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.</p>	<p>maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1500 zł na jedno zdarzenie</p>	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
7	<p>Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego.</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu</p>	<p>maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie</p>	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego dla osoby uprawnionej	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
8	Dostawa leków Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarz prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
9	Trener fitness Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty zajęć z trenerem fitness; jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy nagłego zachorowania, organizacja i pokrycie kosztów zajęć z trenerem fitness realizowane jest w przypadku co najmniej 30-dniowej hospitalizacji osoby uprawnionej.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 500 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner
10	Opieka domowa po hospitalizacji Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej 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.	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 750 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu); maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
11	Opieka pielęgniarska po hospitalizacji Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana 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 do określonego limitu.	Maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu); maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
12	Wizyta lekarska Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) wizyty osoby uprawnionej w placówce medycznej, do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego dla osoby uprawnionej	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
13	Wizyta u lekarza specjalisty Opis: Jeśli osoba uprawniona 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 określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 400 zł na zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
14	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
15	Wizyta pielęgniarki Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 750 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu)	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
16	Transport roweru po wypadku Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 750 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
17	Naprawa roweru po wypadku Opis: Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu ubezpieczyciel zapewnia udzielenie porad dotyczących naprawy roweru oraz zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru do określonego limitu; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 750 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
18	Wizyta położnej Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt wizyty położnej do określonego limitu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 200 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19	Trener fitness (po urodzeniu się dziecka) Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszt zajęć z trenerem fitness do określonego limitu, w okresie 6 miesięcy od daty urodzenia się dziecka przez ubezpieczonego.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego dla osoby uprawionej	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
20	Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawionej organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek albo partner, dziecko
21	Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie: a) danych teleadresowych: i) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, ii) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, iii) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, iv) aptek czynnych przez całą dobę, v) domów pomocy społecznej, hospicjów, b) informacji na temat: i) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, ii) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, iii) diet, zdrowego odżywiania się. Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.	nielimitowany dostęp				ubezpieczony, małżonek albo partner	
22	Infolinia „baby assistance” w zakresie informacji dotyczących: a) objawów ciąży, b) badań prenatalnych, c) wskazówek 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. Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance”.	nielimitowany dostęp				ubezpieczony, małżonek albo partner	

10. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia o Pakiet dodatkowy Aktywni, limit kwotowy świadczeń w zakresie zawartego w nim Pakietu medycznego Aktywni, kumuluje się z limitami kwotowymi świadczeń wskazanymi w powyższej Tabeli nr 2. Kumulacja, o której mowa powyżej nie dotyczy limitów ilościowych zdarzeń.

Pakiet medyczny w wariancie Dla Ciebie 66 Plus

11. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, wskazane są w Tabeli nr 3.

Tabela nr 3. Pakiet medyczny w wariancie Dla Ciebie 66 Plus

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
1	<p>Transport medyczny:</p> <p>a) z miejsca pobytu do placówki medycznej,</p> <p>b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej,</p> <p>c) z placówki medycznej do miejsca pobytu.</p> <p>Opis: Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; 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 osoby uprawnionej.</p>	<p>usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1500 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	ubezpieczony
2	<p>Wizyta osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego</p> <p>Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów do określonego limitu dla jednej wyznaczonej osoby przez uprawnionego w zakresie: a) zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, b) zakupu biletów autokarowych lub kolejowych (do i ze szpitala).</p>	<p>usługa wymieniona w pkt a) jest świadczone do łącznej kwoty 1 100 zł na jedno zdarzenie; usługa wymieniona w pkt b) jest świadczone do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	ubezpieczony
3	<p>Opieka nad osobami niesamodzielnymi</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej i jej powrotu; W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) albo b), w związku z brakiem możliwości skontaktowania się ubezpieczyciela z osobą uprawnioną do opieki, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykona usługę polegającą na: c) organizacji i pokryciu kosztów do danego limitu opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu osoby uprawnionej.</p>	<p>usługi wymienione w pkt a)-b) są świadczone do łącznej kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu); usługa wymieniona w pkt c), jest świadczona do kwoty 150 zł/dzień przez maksymalnie 7 dni na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	ubezpieczony
4	<p>Opieka nad zwierzętami</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, osoba uprawniona będzie hospitalizowana 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 do określonego limitu.</p>	<p>maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	ubezpieczony
5	<p>Rehabilitacja</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.</p>	<p>maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	ubezpieczony
6	<p>Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego</p> <p>Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.</p>	<p>maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
7	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
8	Dostawa leków Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoby uprawnione wymagają leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
9	Opieka domowa po hospitalizacji Opis: Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej 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.	maksymalnie do 15 dni, do kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
10	Konsultacja u laryngologa Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie osoby uprawnionej wystawi uprawnionemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
11	Zakup aparatu słuchowego Opis: Jeśli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch osoby uprawnionej w wyniku zdarzenia i wystawi uprawnionemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1500 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
12	Dostosowanie miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu dostosowania miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 4 000 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
13	Sprzątanie grobów najbliższych Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie osoby uprawnionej, zalecił uprawnionemu 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 do określonego limitu sprzątnięcia grobów osób bliskich uprawnionemu.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 200 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
14	Wizyta lekarska Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) wizyty osoby uprawnionej w placówce medycznej, do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
15	Wizyta pielęgniarki Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 200 zł na jedno zdarzenie	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
16	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
17	Badania medyczne po wypadku Opis: W sytuacji, gdy osoba uprawniona zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie	obrażenia ciała w wyniku wypadku	ubezpieczony
18	Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie: danych teleadresowych: a) danych teleadresowych: i) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, ii) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, iii) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, iv) aptek czynnych przez całą dobę, v) domów pomocy społecznej, hospicjów; b) informacji na temat: i) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, ii) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, iii) diet, zdrowego odżywiania się. Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.			ubezpieczony

Pakiet medyczny Dla Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera

12. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zaj-

ścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, wskazane są w Tabeli nr 4.

Tabela nr 4. Pakiet medyczny Dla Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
1	<p>Transport medyczny:</p> <p>a) z miejsca pobytu do placówki medycznej,</p> <p>b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej,</p> <p>c) z placówki medycznej do miejsca pobytu.</p> <p>Opis:</p> <p>Jeśli osoby uprawnione wymagają transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu;</p> <p>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 osoby uprawnionej.</p>	<p>usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	<p>rodzic, rodzic małżonka albo partnera</p>
2	<p>Wizyta osoby bliskiej w razie hospitalizacji uprawnionego</p> <p>Opis:</p> <p>Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów do określonego limitu dla jednej wyznaczonej osoby przez uprawnionego w zakresie:</p> <p>a) zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony,</p> <p>b) zakupu biletów autokarowych lub kolejowych (do i ze szpitala).</p>	<p>usługa wymieniona w pkt a) jest świadczone do łącznej kwoty 800 zł na jedno zdarzenie; usługa wymieniona w pkt b) jest świadczone do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenia w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	<p>rodzic, rodzic małżonka albo partnera</p>
3	<p>Opieka nad zwierzętami</p> <p>Opis:</p> <p>Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona będzie hospitalizowana przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów uprawnionego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu do określonego limitu.</p>	<p>maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	<p>rodzic, rodzic małżonka albo partnera</p>
4	<p>Dostawa leków</p> <p>Opis:</p> <p>Jeśli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez uprawnionego.</p>	<p>maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 300 zł na jedno zdarzenie</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	<p>rodzic, rodzic małżonka albo partnera</p>
5	<p>Opieka domowa po hospitalizacji</p> <p>Opis:</p> <p>Jeśli osoba uprawniona jest hospitalizowana przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu;</p> <p>usługa opieki domowej 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.</p>	<p>maksymalnie do 15 dni, do kwoty 800 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym</p>	<p>nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku</p>	<p>rodzic, rodzic małżonka albo partnera</p>

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
6	Zakup aparatu słuchowego Opis: Jeśli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch osoby uprawnionej w wyniku zdarzenia i wystawi uprawnionemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 2000 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	rodzic, rodzic małżonka albo partnera
7	Dostosowanie miejsca pobytu Opis: Jeśli osoba uprawniona posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu dostosowania miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	rodzic, rodzic małżonka albo partnera
8	Sprzątanie grobów najbliższych Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie osoby uprawnionej, zalecił uprawnionemu 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 do określonego limitu sprzątania grobów osób bliskich uprawnionemu.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 500 zł	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	rodzic, rodzic małżonka albo partnera
9	Wizyta pielęgniarki Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 800 zł na jedno zdarzenie	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	rodzic, rodzic małżonka albo partnera
10	Wizyta lekarska Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) wizyty osoby uprawnionej w placówce medycznej, do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	rodzic, rodzic małżonka albo partnera
11	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 2 konsultacje w roku polisowym	nagle zachorowanie lub obrażenia ciała w wyniku wypadku	rodzic, rodzic małżonka albo partnera

Pakiet medyczny Aktywni

13. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zaj-

ścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela, wskazane są w Tabeli nr 5.

Tabela nr 5. Pakiet medyczny Aktywni

Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do świadczenia
<p>Pomoc po wypadku w zakresie:</p> <p>a) procesu rehabilitacji, b) zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, c) badań medycznych, d) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki medycznej; z placówki medycznej do innej placówki medycznej; z placówki medycznej do miejsca pobytu), e) transportu po wypadku rowerowym, f) naprawy roweru, g) wizyty lekarskiej, h) wizyty pielęgniarki.</p>	<p>Usługi w zakresie ppkt a)-h) ograniczone są łącznie do kwoty 7000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym</p>	<p>doznaniu obrażeń ciała w wyniku wypadku ubezpieczonego lub wypadku rowerowego</p>	<p>ubezpieczony</p>
<p>Opis dotyczący ppkt a)-b): Jeśli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, lub/i powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów, a także zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.</p> <p>Opis dotyczący ppkt c): W przypadku, gdy osoba uprawniona zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych.</p> <p>Opis dotyczący ppkt d): Jeśli osoba uprawniona wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty.</p> <p>Opis dotyczący ppkt e): Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru i osoby uprawnionej z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku.</p> <p>Opis dotyczący ppkt f): Jeśli osoba uprawniona podczas użytkowania roweru na drodze publicznej dozna obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszała uległ uszkodzeniu ubezpieczyciel zapewnia udzielenie porad dotyczących naprawy roweru oraz zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.</p> <p>Opis dotyczący ppkt g)-h) Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu osoby uprawnionej, albo b) wizyty osoby uprawnionej w placówce medycznej, ponadto ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki.</p>	<p>Limity kwotowe świadczeń w zakresie usług wskazanych w ppkt e) i f) kumulują się z limitami kwotowymi świadczeń wskazanymi odpowiednio w pkt 16 i 17 w Tabeli nr 2</p>		

Pakiet medyczny Zdrowie Plus

14. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zaj-

ścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, wskazane są w Tabeli nr 6.

Tabela nr 6. Pakiet medyczny Zdrowie Plus

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
1.	<p>Konsultacje lekarskie:</p> <p>a) Chirurg, b) Okulista, c) Otolaryngolog, d) Ortopeda, e) Ginekolog, f) Kardiolog, g) Neurolog, h) Urolog, i) Pulmonolog, j) Lekarz rehabilitacji,</p> <p>k) Neurochirurg, l) Psycholog, m) Onkolog, n) Endokrynolog, o) Hepatolog, p) Hematolog, q) Nefrolog, r) Dermatolog, s) Psychoonkolog.</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 1400 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</p>	<p>a) wydanie ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej,</p> <p>b) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ujętego w katalogu poważnych zachorowań, pod warunkiem, że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem, ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu,</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku:</p> <p>a) wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej,</p> <p>b) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania,</p> <p>c) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony
2.	<p>Diagnostyka laboratoryjna</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty diagnostyki laboratoryjnej do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</p>	<p>c) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67), pod warunkiem, że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku:</p> <p>a) wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej,</p> <p>b) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania,</p> <p>c) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony
3.	<p>Badania specjalistyczne:</p> <p>a) RTG, b) USG, c) Rezonans magnetyczny, d) Tomografia komputerowa.</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty badań specjalistycznych do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 1600 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</p>	<p>c) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67), pod warunkiem, że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku:</p> <p>a) wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej,</p> <p>b) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania,</p> <p>c) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
4	<p>Rehabilitacja onkologiczna:</p> <p>a) ćwiczenia wytrzymałościowe, na cykloergometrze, bieżni, stepperze,</p> <p>b) ćwiczenia ogólnousprawniające,</p> <p>c) trening oporowy,</p> <p>d) fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa.</p> <p>Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa, do świadczenia-ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty rehabilitacji do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia związane z:</p> <p>a) wystąpieniem poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego,</p> <p>b) wystąpieniem poważnego zachorowania w zakresie łagodnego nowotworu mózgu,</p> <p>c) zachorowaniem na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym.</p>	<p>a) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego lub łagodnego nowotworu mózgu, ujętego w katalogu poważnych zachorowań,</p> <p>b) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67)</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego:</p> <p>a) wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego lub łagodnego nowotworu mózgu,</p> <p>b) zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony
5	<p>Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej.</p> <p>Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia związanego z nowotworem złośliwym wykonania przez uprawnionego zabiegu chirurgii estetycznej, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego rachunku potwierdzającego wykonanie ww. zabiegu, zwróci koszty do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 10 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego, ujętego w katalogu poważnych zachorowań</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego</p>	ubezpieczony
6	<p>Konsultacje genetyczne ubezpieczonego w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na chorobę nowotworową dla narządu/ narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych),</p> <p>c) pomocy psychonkologicznej (po testach predyspozycji genetycznych).</p> <p>Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty do określonego limitu, w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu ubezpieczonemu dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,</p> <p>c) konsultacji psychoonkologicznej ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych.</p> <p>Badanie zostanie wykonane w zakresie genów wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez ubezpieczonego na chorobę nowotworową narządu, którego dotyczy nowotwór członka najbliższej rodziny ubezpieczonego.</p>	<p>usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania jednego testu w roku polisowym łącznie do kwoty 3 000 zł na maksymalnie jedno zdarzenie w roku polisowym;</p> <p>usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na maksymalnie jedno zdarzenie w roku polisowym</p>	<p>zachorowanie członka najbliższej rodziny na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami ust. 1 pkt 24)</p>		ubezpieczony

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
7	<p>Konsultacje genetyczne członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na chorobę nowotworową dla narządu/ narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych),</p> <p>c) pomocy psychonkologicznej (po testach predyspozycji genetycznych).</p> <p>Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty do określonego limitu, w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu członkom najbliższej rodziny ubezpieczonego dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,</p> <p>c) konsultacji psychologicznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych. Badanie będzie dotyczyć tych genów z wyżej wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez członków najbliższej rodzin ubezpieczonego na chorobę nowotworową tego narządu, którego dotyczy nowotwór ubezpieczonego.</p>	<p>usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania testów łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie (niezależnie od liczby członków najbliższej rodziny); maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie; dla maksymalnie 3 członków najbliższej rodziny; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego, ujętego w katalogu poważnych zachorowań</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie nowotworu złośliwego</p>	<p>członkowie najbliższej rodziny</p>

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
8	<p>Pomoc po udarze mózgu w zakresie:</p> <p>a) rehabilitacji narządów ruchu, kinezyterapii, b) rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej), c) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki rehabilitacyjnej; z placówki rehabilitacyjnej do miejsca pobytu), d) zajęć z trenerem fitness, e) konsultacji z dietetykiem, f) konsultacji z psychologiem.</p> <p>Opis dotyczący ppkt a)-c): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty rehabilitacji oraz transportu do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt d): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt e)-f): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego potwierdzenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.</p>	<p>usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługa w zakresie ppkt b) ograniczona jest łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługa w zakresie ppkt c) ograniczona jest łącznie do kwoty 5 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługi w zakresie ppkt d) –f) ograniczone są do łącznej kwoty 1 300 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie udaru mózgu, ujętego w katalogu poważnych zachorowań	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie udaru mózgu	Osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczony
9	<p>Pomoc po zawale serca w zakresie:</p> <p>a) rehabilitacji po zawale serca, b) zajęć z trenerem fitness, c) konsultacji z dietetykiem, d) konsultacji z psychologiem.</p> <p>Opis dotyczący ppkt a): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty rehabilitacji do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt b): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt c)-d): W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego potwierdzenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.</p>	<p>usługi w zakresie ppkt a) ograniczone są do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługi w zakresie ppkt b) –d) ograniczone są do łącznej kwoty 1 300 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie zawału serca, ujętego w katalogu poważnych zachorowań	świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zakresie zawału serca	ubezpieczony

Pakiet medyczny Onkologiczny

15. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zaj-

ścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, wskazane są w Tabeli nr 7.

Tabela nr 7. Pakiet medyczny Onkologiczny

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia przez uprawnionego	Osoba uprawniona do świadczenia
1.	<p>Konsultacje lekarskie:</p> <p>a) Chirurg, b) Okulista, c) Otolaryngolog, d) Ortopeda, e) Ginekolog, f) Kardiolog, g) Neurolog, h) Urolog, i) Pulmonolog, j) Lekarz rehabilitacji,</p> <p>k) Neurochirurg, l) Psycholog, m) Onkolog, n) Endokrynolog, o) Hepatolog, p) Hematolog, q) Nefrolog, r) Dermatolog, s) Psychoonkolog.</p> <p>Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 1 400 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia związane z:</p> <p>a) wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, b) zachorowaniem na chorobę nowotworową, c) zachorowaniem na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	<p>a) wydanie ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, b) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 66), pod warunkiem, że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu, c) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67), pod warunkiem że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku:</p> <p>a) wydania ubezpieczonemu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej, b) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, c) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony
2.	<p>Diagnostyka laboratoryjna</p> <p>Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty diagnostyki laboratoryjnej do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia związane z:</p> <p>a) zachorowaniem na chorobę nowotworową, b) zachorowaniem na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, c) wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</p>	<p>c) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67), pod warunkiem że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu</p>	<p>c) wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony
3.	<p>Badania specjalistyczne:</p> <p>a) RTG, b) USG, c) Rezonans magnetyczny, d) Tomografia komputerowa.</p> <p>Opis: W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty badań specjalistycznych do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 1600 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia związane z:</p> <p>a) zachorowaniem na chorobę nowotworową, b) zachorowaniem na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, c) wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego</p>	<p>c) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67), pod warunkiem że osoba uprawniona nie skorzystała ze świadczeń w związku z zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w ppkt a) dotyczącym tego samego nowotworu</p>		ubezpieczony

4	<p>Rehabilitacja onkologiczna:</p> <p>a) ćwiczenia wytrzymałościowe, na cykloergometrze, bieżni, stepperze,</p> <p>b) ćwiczenia ogólnousprawniające,</p> <p>c) trening oporowy,</p> <p>d) fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa.</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty rehabilitacji do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p> <p>związane z:</p> <p>a) zachorowaniem na chorobę nowotworową,</p> <p>b) zachorowaniem na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	<p>a) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 66)</p> <p>b) zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 67)</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego</p> <p>a) zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową,</p> <p>b) zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym</p>	ubezpieczony
5	<p>Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia związanego z nowotworem złośliwym wykonania przez uprawnionego zabiegu chirurgii estetycznej, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez uprawnionego rachunku potwierdzającego wykonanie ww. zabiegu, zwróci koszty do określonego limitu</p>	<p>łącznie do kwoty 10 000 zł; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 66)</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową</p>	ubezpieczony
6	<p>Konsultacje genetyczne ubezpieczonego w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na chorobę nowotworową dla narządu/narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych),</p> <p>c) pomocy psychonkologicznej (po testach predyspozycji genetycznych).</p> <p>Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c)</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty do określonego limitu, w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu ubezpieczonemu dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,</p> <p>c) konsultacji psychoonkologicznej ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych.</p> <p>Badanie zostanie wykonane w zakresie genów wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez ubezpieczonego na chorobę nowotworową narządu, którego dotyczy nowotwór członka najbliższej rodziny ubezpieczonego:</p>	<p>usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania jednego testu w roku polisowym łącznie do kwoty 3 000 zł na maksymalnie jedno zdarzenie w roku polisowym;</p> <p>usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na maksymalnie jedno zdarzenie w roku polisowym</p>	<p>zachorowanie członka najbliższej rodziny na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami ust.1 pkt 24)</p>		ubezpieczony

7	<p>Konsultacje genetyczne członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na chorobę nowotworową dla narządu/narządów: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy, prostaty,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej (po testach predyspozycji genetycznych),</p> <p>c) pomocy psychonkologicznej (po testach predyspozycji genetycznych).</p> <p>Opis dotyczy odpowiednio ppkt a)-c):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty do określonego limitu, w zakresie:</p> <p>a) wykonania testu członkom najbliższej rodziny ubezpieczonego dla wyżej wskazanego narządu/narządów i badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi,</p> <p>b) konsultacji onkologiczno-genetycznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,</p> <p>c) konsultacji psychologicznej członków najbliższej rodziny ubezpieczonego po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych.</p> <p>Badanie będzie dotyczyć tych genów z wyżej wymienionych w ppkt a), które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez członków najbliższej rodzin ubezpieczonego na chorobę nowotworową tego narządu, którego dotyczy nowotwór ubezpieczonego.</p>	<p>usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest do wykonania testów łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie (niezależnie od liczby członków najbliższej rodziny); maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługi w zakresie ppkt b) i c) ograniczone są łącznie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie; dla maksymalnie 3 członków najbliższej rodziny; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 66)</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową</p>	<p>członkowie najbliższej rodziny</p>
---	--	--	--	--	---------------------------------------

Pakiet medyczny Kardiologiczny

16. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zaj-

ścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, wskazane są w Tabeli nr 8.

Tabela nr 8. Pakiet medyczny Kardiologiczny

Lp.	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
1	<p>Pomoc po udarze mózgu w zakresie:</p> <p>a) rehabilitacji narządów ruchu, kinezyterapii,</p> <p>b) rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej),</p> <p>c) transportu medycznego (z miejsca pobytu do placówki rehabilitacyjnej; z placówki rehabilitacyjnej do miejsca pobytu),</p> <p>d) zajęć z trenerem fitness,</p> <p>e) konsultacji z dietetykiem,</p> <p>f) konsultacji z psychologiem.</p> <p>Opis dotyczący ppkt a)-c):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty rehabilitacji oraz transportu do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt d):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt e)-f):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego potwierdzenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.</p>	<p>usługa w zakresie ppkt a) ograniczona jest łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługa w zakresie ppkt b) ograniczona jest łącznie do kwoty 3 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługa w zakresie ppkt c) ograniczona jest łącznie do kwoty 5 000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługi w zakresie ppkt d) –f) ograniczone są do łącznej kwoty 1 300 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na udar mózgu, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 46)</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego świadczenia pomocowego po udarze mózgu</p>	ubezpieczony
2	<p>Pomoc po zawale serca w zakresie:</p> <p>a) rehabilitacji po zawale serca,</p> <p>b) zajęć z trenerem fitness,</p> <p>c) konsultacji z dietetykiem,</p> <p>d) konsultacji z psychologiem.</p> <p>Opis dotyczący ppkt a):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty rehabilitacji do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt b):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel pokryje koszty zajęć do określonego limitu.</p> <p>Opis dotyczący ppkt c)-d):</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia ubezpieczyciel na podstawie pisemnego potwierdzenia lekarza prowadzącego leczenie pokryje koszty konsultacji do określonego limitu.</p>	<p>usługi w zakresie ppkt a) ograniczone są do kwoty 3000 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;</p> <p>usługi w zakresie ppkt b)-d) ograniczona są do łącznej kwoty 1 300 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na zawał serca, zgodnie z zapisami § 1 ust. 2 pkt 68)</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego świadczenia pomocowego po zawale serca</p>	ubezpieczony

Pakiet medyczny Choroby Cywilizacyjne

17. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zaj-

ścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, wskazane są w Tabeli nr 9.

Tabela nr 9. Pakiet medyczny Choroby Cywilizacyjne

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
1	<p>Alergiczna astma oskrzelowa</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: pulmonolog, alergolog,</p> <p>b) badania: testy skórne, RTG klatki piersiowej.</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie alergicznej astmy oskrzelowej, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie alergicznej astmy oskrzelowej, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie alergicznej astmy oskrzelowej</p>	ubezpieczony
2	<p>Cukrzyca</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: diabetolog, endokrynolog, oraz konsultacje z dietetykiem, psychoterapeutą,</p> <p>b) badania: badanie dna oka, EKG, doppler tętnic, badania okulistyczne, badania laboratoryjne (poziom glukozy, HbA1c, krzywa cukrowa, stężenie peptydu C, badanie moczu, morfologia, lipidogram, enzymy wątrobowe, kreatynina, kwas moczowy, TSH).</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie cukrzycy, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie cukrzycy</p>	ubezpieczony
3	<p>Zaawansowane nadciśnienie tętnicze</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: kardiolog,</p> <p>b) badania: laboratoryjne (morfologia, poziom glukozy na czczo, lipidogram, kreatynina, GFR, TSH, kwas moczowy, próba wątrobowa, elektrolity, badanie ogólne moczu), 24h EKG, echo serca, USG tętnic szyjnych, badanie dna oka, ABPM, współczynnik ABI, MRI.</p> <p>Opis:</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie nadciśnienia tętniczego, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie zaawansowanego nadciśnienia tętniczego, ujętego w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie zaawansowanego nadciśnienia tętniczego</p>	ubezpieczony

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
4	<p>Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: gastroenterolog, onkolog, dietetyk,</p> <p>b) badania: gastroskopia, testy na obecność <i>Helicobacter Pylori</i>, RTG z kontrastem, histopatologia.</p> <p>Opis</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy</p>	ubezpieczony
5	<p>Choroby tarczycy wymagające leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: endokrynolog,</p> <p>b) badania: (TSH, FT3, FT4, Anty-TG, anty-TPO).</p> <p>Opis</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie choroby tarczycy, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego</p>	ubezpieczony
6	<p>Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamieni</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: gastrolog,</p> <p>b) badania: USG jamy brzusznej, badania laboratoryjne (AST, ALT, ALP, GGTP, bilirubina, CRP, amylaza, lipaza).</p> <p>Opis</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie kamicy żółciowej, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamienia, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamienia</p>	ubezpieczony
7	<p>Osteoporoza</p> <p>Pomoc w zakresie:</p> <p>a) konsultacje lekarskie: reumatolog,</p> <p>b) badania: USG, badania laboratoryjne (morfologia, OB., wapń, fosfor, fosfataza alkaliczna, kreatynina, markery kostne BTM, wit. D).</p> <p>Opis</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie osteoporozy, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich i badań do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie osteoporozy, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie osteoporozy</p>	ubezpieczony

Lp	Zakres i opis świadczeń	Limity świadczeń	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do świadczenia	Osoba uprawniona do świadczenia
8	<p>Depresja leczona szpitalnie</p> <p>Pomoc w zakresie konsultacji z lekarzem psychiatrą.</p> <p>Opis</p> <p>W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, ubezpieczyciel na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie depresji, zorganizuje i pokryje, albo refunduje koszty konsultacji lekarskich do określonego limitu.</p>	<p>łącznie do kwoty 3 000 zł na zdarzenie;</p> <p>maksymalnie jedno zdarzenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia</p>	<p>zachorowanie ubezpieczonego na chorobę cywilizacyjną w zakresie depresji leczonej szpitalnie, ujętej w katalogu chorób cywilizacyjnych</p>	<p>świadczenia przysługują w przypadku wypłaty świadczenia, z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne w zakresie depresji leczonej szpitalnie</p>	ubezpieczony

18. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 66), ochrona z tytułu Pakietu medycznego Onkologicznego wygasa z zachowaniem prawa ubezpieczonego do świadczeń wskazanych w Pakiecie medycznym Onkologicznym w Tabeli nr 7 przez okres 36 miesięcy polisowych licząc od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, za które zostało wypłacone świadczenie.
19. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu ryzyka: świadczenie pomocowe po zawale serca oraz świadczenie pomocowe po udarze mózgu, ochrona z tytułu Pakietu medyczny Kardiologicznego wygasa z zachowaniem prawa ubezpieczonego do świadczeń wskazanych w Pakiecie medycznym Kardiologicznym w Tabeli nr 8 przez okres 36 miesięcy polisowych licząc od daty zgłoszenia ostatniego zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego zachorowania ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu, za które zostało wypłacone świadczenie.
20. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pakietu medycznego 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) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia osoby uprawionej na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez osobę uprawioną,
 - b) leczenia osoby uprawionej 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 osobę uprawioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez osobę uprawioną niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparolotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie,
- f) działania osoby uprawionej po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - g) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez osobę uprawioną: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - h) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez osobę uprawioną lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - i) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - j) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych osoby uprawionej, nie dotyczy depresji leczonej szpitalnie w zakresie wskazanym w Tabeli nr 9,
 - k) zabiegów chirurgii estetycznych osoby uprawionej, nie dotyczy zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej w zakresie wskazanym w Tabelach nr 6 i nr 7,
 - l) chorób przewlekłych osoby uprawionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr: 2-4,
 - m) rutynowych kontroli zdrowotnych i profilaktycznych osoby uprawionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr: 2-4.
21. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez uprawnionego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń.
22. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, powinny podać następujące informacje:
- 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego,
 - 3) adres miejsca pobytu,
 - 4) seria i 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.

23. Uprawnieni zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego lub ubezpieczyciela do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty informacyjne z konsultacji lekarskich, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
24. Jeżeli uprawniony we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w Tabelach nr: 2-5, ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu poniesione przez niego ww. koszty, z zastrzeżeniem ust. 28.
25. W przypadku gdy uprawniony we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług związane ze zdarzeniem ubezpieczeniowym przed wypłatą świadczenia, o której mowa w Tabelach nr: 6-9 w „Warunkach nabycia prawa do świadczenia”, ubezpieczyciel zwróci uprawnionemu poniesione przez niego ww. koszty, o ile wypłacone zostanie świadczenie z tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 26, 28.
26. Warunek wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 25, nie dotyczy zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na wydaniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej.
27. Po spełnieniu warunków nabycia prawa do świadczenia uprawniony może korzystać z przysługujących świadczeń organizowanych przez centrum operacyjne i określonych w Tabelach do limitów pozostałych po zwrocie kosztów określonych w zakresie danego pakietu medycznego, z zastrzeżeniem ust. 28.
28. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie:
 - 1) dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, o których mowa w Tabelach nr: 6-9,
 - 3) dokumentów stwierdzającego zakres uzyskanej pomocy związanego ze zdarzeniem objętym ochroną oraz rachunków i dowodów ich zapłaty.Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez uprawnionego, w granicach limitów określonych w Tabelach.

Pakiet medyczny Teleopieka kardiologiczna **§ 68**

1. Użyty w niniejszej ryzyku ubezpieczeniowym określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w § 1 ust. 2 oraz w § 67 ust. 1, ponadto poniższe określenia oznaczają:
 - 1) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej, należące do świadczeniodawcy,
 - 2) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
 - 3) **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,
 - 4) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazanego pisemnie przez ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego,
 - 5) **lekarz dyżurny** – osobę o odpowiednich upraw-

nieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

- 6) **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 13 do OWU, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący hospitalizacją ubezpieczonego,
 - 7) **osoba kontaktowa** – osobę wskazaną pisemnie ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego jako osobę uprawnioną do kontaktu ze świadczeniodawcą w imieniu ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań ubezpieczonego, udostępnionych przez świadczeniodawcę na zasadach opisanych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 8) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego,
 - 9) **świadczeniodawca** – podmiot realizujący świadczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 10) **teleopieka kardiologiczna** – usługę realizowaną na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 11) **zaostrzenie lub powikłanie 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 13 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,
 - 12) **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,
 - 13) **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 wskazanym we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3-7, o pakiet dodatkowy w którym występuje niniejsze ryzyko ubezpieczeniowe odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tego ryzyka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się

- w dniu wskazanym w aneksie do wnioskopoliszy jako początek okresu ubezpieczenia.
5. 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.
 6. 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.
 7. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej ubezpieczyciel pokrywa koszty:
 - 1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu ubezpieczonego,
 - 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.
 8. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej, świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonemu całodobowy dyżur centrum telemedycznego, świadczącego 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 ostatecznego 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 w ust. 24.
 9. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
 10. 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.
 11. 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, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej,
 - 9) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 10) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji,
 - 11) zdarzeń powstałych w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału rodzica, rodzica małżonka albo partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - 12) uprawiania przez ubezpieczonego, niebezpiecznych sportów: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkową wymagających użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.
 12. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi teleopieki kardiologicznej, jeżeli jest ono wyni-

- kiem działania siły wyższej.
13. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nie- należyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypad- ku wystąpienia siły wyższej.
 14. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.
 15. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbęd- nych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
 16. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadcze- niodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
 17. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informo- wać centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awa- riach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
 18. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
 19. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warun- ków umożliwiających należyte świadczenie teleopieki kardiologicznej przez świadczeniodawcę.
 20. Po zakończeniu teleopieki kardiologicznej ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu cen- trum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.
 21. W celu skorzystania z teleopieki kardiologicznej ubez- pieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
 22. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powin- nien podać centrum operacyjnemu następujące informa- cje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr wnioskopolisy),
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - 3) adres miejsca pobytu.
 23. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum opera- cyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaist- nienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawio- ną przez lekarza prowadzącego leczenie.
 24. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum opera- cyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenie sta- nowiącego upoważnienie osoby kontaktowej, lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, za- wierające imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczo- nego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza pro- wadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
 25. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świad- czenia teleopieki kardiologicznej, na podstawie posta- nowień ust. 22-24, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubez- pieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopie- ki kardiologicznej.
 26. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyj- nym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubez- pieczonemu zestawu teleopieki kardiologicznej.
 27. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 21-23 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia teleopieki kardiologicz- nej, do czasu przekazania do centrum operacyjnego nie- zbędnych do wykonania świadczenia informacji, wymie- nionych w ust. 21-23.

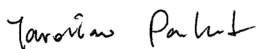
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 69

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiado- mienia 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 prowadze- nia korespondencji w związku z realizacją umowy ubez- pieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubez- pieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uza- sadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wnioskopo- lisy lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Reklamacje, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsłu- gującej klientów,
 - 2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do dorę- czeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJA1-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/ reklamacje,
 - 3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połą- czenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protoko- łu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów.
7. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w po- staci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elek- tronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia rekla- macji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elek- tronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio po- wiadomiony.
Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jed- nostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
8. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywa- nia sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpie- czyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakre- sie 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.
11. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
12. 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.
13. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r., albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn z dnia 28 lipca 1983 r., w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r.
14. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.
15. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w jakich ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.
16. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
17. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 21/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 27 stycznia 2026 roku i wprowadzone w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku.



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



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

Załącznik nr 1 Katalog Wad Wrodzonych „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone:

- Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe,
- Q01 przepuklina mózgowia,
- 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 niezdeterminowana 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 Patau,
- 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.

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):
 - a) uszkodzenie powłok czaszki - w zależności od rozmiaru, ruchomości i tkiwości 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 połowiczny lub parapareza 2 ° wg skali Lovette'a 60-80
 - c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3 ° wg skali Lovette'a 40-60
 - d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny 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 utrwalone 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) utrwalone 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 błokowego..... 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 twarzewego - 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 twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzewego 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) szczeka:
 - 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:
 - a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
 - b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
 - c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
 - d) 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	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
	/10/10/	/9/10/	/8/10/	/7/10/	/6/10/	/5/10/	/4/10/	/3/10/	/2/10/	/1/10/	
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 wyłuszczeniem 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 wyłuszczeniem gałki ocznej.

- 27. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:

- a) jednego oka 15
- b) obojga oczu 30
- 28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
 - a) rozdarcie naczyńki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
 - b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego wg Tabeli do pkt. 26a
 - c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
 - d) zanik nerwu wzrokowego wg Tabeli do pkt. 26a
 - e) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki - bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
- 29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:
 - a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) wg Tabeli do pkt. 26a
 - b) ciała obce pourazowa wg Tabeli do pkt. 26a
 - c) ciała obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a + 10%
 - d) ciała obce wewnątrzgałkowe bez zaburzeń ostrości wzroku 10
- 30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, promieniowania elektromagnetycznego lub działania energii elektrycznej:
 - a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a
 - b) 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 ślepcie 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:
 - a) dwuskroniowe 60
 - b) dwunosowe 30
 - c) jednoimienne 30
 - d) inne ubytki pola widzenia (jednoczne) 1-5
- 33. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
 - a) w jednym oku 25
 - b) w obu oczach 40
- 34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
 - a) w jednym oku 15
 - b) 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:
 - a) w jednym oku 5-10

- b) 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. Wyrzeszcz tętniacy
- 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.):
a) niewielkie zmiany 1-5
b) 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 - trwały 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	dB	dB		dB
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 szумы 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 twarzowego 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, chryпка 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:
- bez zaburzeń funkcji np. po leczeniu operacyjnym..... 1-5
 - zaburzenia niewielkiego stopnia 5-10
 - zaburzenia średniego stopnia 10-20
 - 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:
- blizny, niewielkie ubytki tkanek..... 1-5
 - rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetwarte przepukliny 5-15
 - 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:
- bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego..... 1-5
 - z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
 - z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40
 - ze znacznymi zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie poza jelitowe 40-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt - w zależności od stopnia zanieczyszczenia się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:
- jelita cienkiego..... 30-80
 - jelita grubego..... 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:

- blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
- pełnościennne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
 - wypadanie błony śluzowej..... 5-10
 - 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:
- leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym..... 1-5
 - leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
 - utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi..... 15
 - 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:
- utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji 1-5
 - pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu 10-20
 - z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
- uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym..... 1-5
 - 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:
- nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
 - 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:
- bez zaburzeń funkcji 1-5
 - niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
 - znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem:
- upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym..... 10-25
 - upośledzające jakość życia w stopniu znacznym..... 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
- powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń..... 5-15
 - 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 kręgów 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 miazdżystego, 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:
- złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej 1-2
 - mnożne złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów - 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:
- przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
 - niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch łasek..... 70
 - niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce..... 40
 - porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)..... 100
 - niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)..... 70
 - niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym) 30
 - zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
 - 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:
- szyjne bólowe..... 2-5
 - szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
 - szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
 - piersiowe 2-10
 - łędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
 - łędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
 - łędźwiowo - 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:
- rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu..... 1-5
 - rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu 5-15
 - 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:
- w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość kulszowa)..... 1-5
 - w odcinku przednim obustronnie 5-15
 - w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)..... 15-30
 - 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:
- złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
 - pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
 - pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35
 - bardzo duże zmiany - zeszytywnienie 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):
- jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji..... 1-5
 - mnożne złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
 - 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 miernego stopnia 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) miernego 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 zwichnięciu. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

108. Staw cepowy w następstwie..... Prawa Lewa
pourazowych ubytków kości - 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..... Prawa Lewa
barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu..... wg pkt. 105 i 109 105 i 109
- oceniać wg pkt. 105 i 109: 105 i 109 105 i 109
111. Uszkodzenie barku powikłane Prawa Lewa
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..... Prawa Lewa
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	(np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka rylcowatego).....	1-5	1-4
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	1-5	1-5	b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3-10	2-8
b) zmiany średnie	5-10	5-10	c) średnie lub duże zniekształcenie ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi	10-20	8-15
c) zmiany duże	30-55	25-50	d) bardzo duże zniekształcenia, z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi	20-30	15-25

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

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:	Prawa	Lewa	124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:	Prawa	Lewa
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65	a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) przy dłuższych kikutach	65	60	b) średnie zmiany	5-20	5-15
117. Przepukliny mięśniowe ramienia	Prawa	Lewa	c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-30	15-25
- w zależności od rozmiarów:	1-6	1-4	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

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	126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4	a) zmiany średniego stopnia	10-20	10-15
b) średnie zmiany	5-15	5-10	b) zmiany dużego stopnia	20-35	15-30
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy	15-30	10-25	127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
119. Zesztywnienie stawu łokciowego:	Prawa	Lewa	a) średniego stopnia	10-25	10-20
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	30	25	b) dużego stopnia	25-40	20-35
b) z brakiem ruchów obrotowych	35	30	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	Prawa	Lewa
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45	od stopnia powikłań o:	1-15	1-10
d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40	129. Utrata kończyny w obrębie	Prawa	Lewa
120. Uszkodzenie łokcia - zwichnięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń:	Prawa	Lewa	przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	55-65	50-60
a) zmiany niewielkiego stopnia	1-5	1-4	130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie	Prawa	Lewa
b) zmiany średniego stopnia	5-15	4-10	stawu nadgarstkowego:	55	50
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 -	Prawa	Lewa			
w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	15-30	10-25			
122. Utrata kończyny górnej na	Prawa	Lewa			
poziomie stawu łokciowego:	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					

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			

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	Prawa	Lewa			
od stopnia powikłań o:	1-15	1-10			
129. Utrata kończyny w obrębie	Prawa	Lewa			
przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	55-65	50-60			
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie	Prawa	Lewa			
stawu nadgarstkowego:	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 zeszczywnienie 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	Prawa	Lewa
od stopnia powikłań o:	1-10	1-10
134. Utrata ręki na poziomie	Prawa	Lewa
nadgarstka:	55	50

ŚRÓDRĘCZE

135. Uszkodzenie śródreczę, 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
b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) rozległe zmiany	10-20	8-18

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 śródreczę	20-25	18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródreczę	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 śródreczę	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 wskaźnika - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaźnika, 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 wskaźnika w obrębie lub z kością śródreczę	25-30	23-27
139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaźnika: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszczywnienia, 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 wskaźnika (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 śródreczę:	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, zeszczywnienia 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 odpowiadać 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, skręceń, 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. Zesztywnienie 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, skręcenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
- a) niewielkie zmiany i skręcenie do 4 cm 1-15
 - b) średnie zmiany lub skręcenia do 4 - 6 cm 15-30
 - c) duże zmiany lub skręcenie ponad 6 cm 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony wzrost kości

- w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skręcenia 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 statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
- a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprost 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 wyprost 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 wyprost do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny 25-40
 - d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 30
 - e) zesztywnienie 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 statyczno - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkotek, stan po leczeniu operacyjnym łąkotek 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 łąkotek, 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 łąkotek, 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 ciał 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 ograniczenia 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 statyczno-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 statyczno-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, zniekształcenia 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	10
c) utrata całego palucha	10
176. Inne uszkodzenia palucha - zwichnięcia, złamanie, 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 (górnej)	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 Kardiologiczny Metod Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego
„Warta Dla Ciebie i Rodziny”

Lp.	Metoda leczenia specjalistycznego ubezpieczonego (w nawiasie procent sumy ubezpieczenia)	
1.	ablacja (100%)	Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablacje uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową).
2.	wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%)	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) (100%)	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.

Załącznik nr 4 Katalog Rozszerzony Metod Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego
„Warta Dla Ciebie i Rodziny”

Lp.	Metoda leczenia specjalistycznego ubezpieczonego (w nawiasie procent sumy ubezpieczenia)	
1.	ablacja (100%)	Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową).
2.	wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%)	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) (100%)	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 (100%)	Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za preparaty chemioterapeutyczne uważa się również leki z grupy L03 (leki immunostymulujące) oraz z grupy L04 (leki immunosupresyjne).
5.	radioterapia (100%)	Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.
6.	terapia interferonowa (100%)	Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.
7.	dializoterapia (100%)	Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.
8.	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)	Za wertebroplastykę uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.

Załącznik nr 5 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

Lp.	Metoda leczenia specjalistycznego dziecka (w nawiasie procent sumy ubezpieczenia)	
1.	ablacja (100%)	Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablacje uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową).
2.	chemioterapia (100%)	Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za preparaty chemioterapeutyczne uważa się również leki z grupy L03 (leki immunostymulujące) oraz z grupy L04 (leki immunosupresyjne).
3.	radioterapia (100%)	Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych.
4.	terapia interferonowa (100%)	Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową.
5.	dializoterapia (100%)	Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej.
6.	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)	Za wertebroplastykę uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa.
7.	wszczepienie pompy Baclofenowej (25%)	Za wszczepienie pompy baclofenowej uważa się operację wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego.
8.	wszczepienie implantu ślimakowego (50%)	Za wszczepienie implantu ślimakowego uważa się operację związaną z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu.

Załącznik nr 6 Katalog Operacji „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
2.	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	5
3.	Stereotaktyczne zniszczenie zmiany mózgowia	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.	Wycięcie 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 (nie obejmuje operacji cieśni nadgarstka)	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 (co najmniej 2 gruczołów)	3
9.	Wycięcie jednego gruczołu	2
10.	Wycięcie grasicy	2
11.	Wycięcie nadnercza	3
12.	Wycięcie zmiany nadnercza	2
13.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	3
14.	Całkowite wycięcie (amputacja) gruczołu sutkowego	4
15.	Częściowe wycięcie gruczołu sutkowego	2
16.	Usunięcie zmiany gruczołu sutkowego	1
17.	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 (nie obejmuje korekcji wady wzroku)	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.	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
32.	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
33.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
34.	Wszczepienie sztucznej soczewki (nie obejmuje wszczepienia soczewki fakijnej)	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 (nie obejmuje wszczepienia protezy ślimakowej)	4
12.	Operacja aparatu przedsionkowego (nie obejmuje wszczepienia protezy słuchowej)	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
26.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
27.	Przeszczep płuca	5
28.	Całkowite usunięcie płuca	5
29.	Wycięcie płata płuca	4
30.	Wycięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	4
31.	Wycięcie zmiany tkanki płucnej metodą endoskopową (torakoskopia VATS)	3
32.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	3
33.	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	3
F	Operacje w zakresie jamy ustnej	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie wargi	1
2.	Usunięcie zmiany wargi	1
3.	Korekcja deformacji wargi	2
4.	Całkowite wycięcie języka	3
5.	Usunięcie zmiany języka	1
6.	Nacięcie języka	1
7.	Usunięcie zmiany podniebienia	1

8.	Korekcja deformacji podniebienia twardego	3
9.	Wycięcie migdałków	1
10.	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	1
11.	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
12.	Wycięcie ślinianki	1
13.	Usunięcie zmiany ślinianki	1
14.	Nacięcie gruczołu ślinowego	1
15.	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
16.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego	1
17.	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
18.	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
G	Operacje górnej części przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Wycięcie przełyku i żołądka	5
2.	Całkowite wycięcie przełyku	5
3.	Częściowe wycięcie przełyku	3
4.	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	3
5.	Zespolenie omijające przełyku	5
6.	Rewizja zespolenia przełyku	3
7.	Operacja naprawcza przełyku	5
8.	Wytworzenie przetoki przełykowej	3
9.	Nacięcie przełyku	2
10.	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	3
11.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	3
12.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberskopową	2
13.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	2
14.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
15.	Operacja antyrefluksowa	2
16.	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	1
17.	Całkowite wycięcie żołądka	5
18.	Częściowe wycięcie żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	4
19.	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	4
20.	Operacja plastyczna żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	4
21.	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
22.	Zespolenie żołądkowo-czce	3
23.	Gastrostomia	1

24.	Usunięcie zrostów otrzewnowych metodą otwartą	2
25.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
26.	Pyloromyotomia	2
27.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	1
28.	Wycięcie dwunastnicy	3
29.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	3
30.	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
31.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
32.	Endoskopowa operacja dwunastnicy	1
33.	Wycięcie jelita czczego	3
34.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	3
35.	Jejunostomia	3
36.	Zespolenie omijające jelita czczego	3
37.	Endoskopowa operacja jelita czczego	2
38.	Wycięcie jelita krętego	3
39.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	3
40.	Zespolenie omijające jelita krętego	3
41.	Rewizja zespolenia jelita krętego	3
42.	Wytworzenie ileostomii	3
43.	Rewizja ileostomii	3
44.	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	2
45.	Endoskopowa operacja jelita krętego	2
H	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
	Rodzaj operacji	
1.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
2.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
3.	Całkowite wycięcie okrężnicy	5
4.	Nacięcie okrężnicy	2
5.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	4
6.	Resekcja poprzeczniczy	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	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	2
24.	Wycięcie hemoroidów	2
25.	Drenaż przez okolice 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.	Przezskórna 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.	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	1
23.	Przezskórna 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.	Przezskórna 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.	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
30.	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego 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.	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	4
4.	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
5.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
6.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	5
7.	Przezskórna 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.	Przeznaczeniowa operacja aorty	4
13.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	4
14.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	3
15.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej metodą otwartą	2
16.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
17.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	3
18.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
19.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	3
20.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
21.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	3
22.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5

23.	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
24.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
25.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
26.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	3
27.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
28.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
29.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	2
30.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	2
31.	Wycięcie innej tętnicy	2
32.	Operacja naprawcza innej tętnicy	2
33.	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	2
34.	Zespolenie tętniczko-żylnie	2
35.	Zespolenie 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.	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	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-skórnej	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.	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
26.	Endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	1
27.	Wycięcie całkowite prostaty	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.	Endoskopowa operacja 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.	Proteżowanie 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.	Proteżowanie prącia	1
18.	Operacja napletka	1
N	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja łechtaczki	1
2.	Operacja gruczołu Bartholína	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.	Wycięcie macicy metodą otwartą	4
17.	Wycięcie macicy metodą endoskopową	3
18.	Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy (jajowodów i jajników)	3
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy (jajnika i jajowodu)	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 wycięcie lub 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 skórno-powięziowego	1
4.	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
5.	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	3
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	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 autoprzeszczep 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.	Operacja cieśni nadgarstka	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 szcicia 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	47.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4	48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	4
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4	49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	4
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4	50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego z użyciem cementu	4
21.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3	51.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego bez użycia cementu	4
22.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3	52.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	3
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5	53.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	3
24.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	4	54.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
25.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	4	55.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
26.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5	56.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	4
27.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	3	57.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	4
28.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3	58.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	4
29.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3	59.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	4
30.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3	60.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	2
31.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3	61.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	2
32.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3	62.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
33.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	3	63.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	1
34.	Wycięcie kości ektopowej	1	64.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu ze stabilizacją wewnętrzną	1
35.	Usunięcie zmiany kości	2	65.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	1
36.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2	66.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
37.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2	67.	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
38.	Rozdzielenie trzonu kości	2	68.	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
39.	Rozdzielenie kości stopy	2	69.	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	3
40.	Drenaż kości	2	70.	Protezowanie ścięgna	3
41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3	71.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
42.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3	72.	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
43.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2	73.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
44.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2	74.	Operacja struktur okołostawowych palucha	1
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1	75.	Endoskopowa operacja chrząstki półksiężycowatej	2
46.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1	76.	Endoskopowa operacja innych chrząstek stawowych	2

77.	Endoskopowa operacja innych struktur stawowych	2
78.	Endoskopowa operacja stawu kolanowego	2
79.	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 najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Załącznik nr 7 Katalog Operacji Dziecka „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*			
	Nazwa operacji				
1	Chemotalamectomia	4	32	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
2	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5	33	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
3	Dekortykacja opon mózgu	2	34	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
4	Drenaż krwiaka śródmózgowego	3	35	Przecięcie dróg mózgowych	4
5	Drenaż przestrzeni podoponowej	2	36	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
6	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	2	38	Przeszczep nerwu czaszkowego	3
7	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2	39	Przeszczep nerwu obwodowego	2
8	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	2	40	Przeszczep opony twardej mózgu	3
9	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	2	41	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
10	Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	2	42	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2
11	Drenaż ropniaka podtwardówkowego	2	43	Rekonstrukcja opon mózgowych	3
12	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	2	44	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
13	Implantacja, założenie, wewnętrzzczaszkowego neurostymulatora mózgu	2	45	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
14	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	3	46	Sympatektomia lędźwiowa	2
15	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	3	47	Sympatektomia przedkrzyżowa	2
16	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	3	48	Sympatektomia szyjna	3
17	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3	49	Talamotomia	4
18	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	3	50	Usunięcie ropnia mózdzku	3
19	Lobotomia/ traktotomia	4	51	Wewnętrzzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	2
20	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	2	52	Wewnętrzzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	3
22	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3	53	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
23	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	3	54	Wycięcie opon rdzeniowych	2
24	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3	55	Wycięcie guza mózdzku	4
25	Operacja naprawcza opony twardej	2	56	Wycięcie guza pnia mózgu	5
26	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	2	57	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyńiówkowego opon mózgowych	3
27	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	2	58	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
28	Operacja przepukliny mózgowej	3	59	Wycięcie nerwu obwodowego	2
29	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3	60	Wycięcie tkanki mózgu	4
30	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3	61	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	2
31	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2	62	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	4
			63	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	3
			64	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	3
			65	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
			66	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	2
			67	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
			68	Zewnętrzzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
			69	Zewnętrzzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	3

B	Operacje wydziałania wewnętrznego i piersi	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Operacja szyszynki	4
2	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	4
3	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	3
4	Całkowite usunięcie tarczycy	4
5	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	3
7	Częściowe wycięcie tarczycy (płat)	3
8	Wycięcie tarczycy językowej	2
9	Całkowite usunięcie przytarczyc	3
10	Częściowe usunięcie przytarczyc	2
11	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
12	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
13	Obustronne usunięcie nadnerczy	4
14	Wycięcie zmiany nadnercza	2
15	Całkowite wycięcie grasicy	2
16	Częściowe wycięcie grasicy	2
17	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
18	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
19	Obustronne radykalne odjęcie piersi	5
20	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	4
21	Obustronne proste odjęcie piersi	4
22	Jednostronne proste odjęcie piersi	3
23	Subtotalna mamektomia	3
24	Wycięcie kwadrantu piersi	2
25	Usunięcie zmiany piersi	1
26	Operacja dotycząca brodawki sutkowej	1
C	Operacje oka	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Wycięcie gałki ocznej	3
2	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy	3
3	Usunięcie zmiany oczodołu	3
4	Osteoplastyka oczodołu	2
5	Nacięcie oczodołu	2
6	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
7	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
8	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
9	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
10	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
11	Przesunięcie mięśni okoruchowych	2

12	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
13	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
14	Usunięcie ciała rzęskowego	2
15	Zewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
16	Wewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
17	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
18	Operacja ciała szklistego	2
19	Proteżowanie gałki ocznej	1
20	Rewizja protezy gałki ocznej	1
21	Usunięcie zmiany powieki	1
22	Wycięcie nadmiaru powieki	1
23	Rekonstrukcja powieki	1
24	Korekcja deformacji powieki	1
25	Korekcja opadania powieki	1
26	Operacja gruczołu łzowego	1
27	Operacja kanału łzowego	1
28	Usunięcie zmiany spojówki	1
29	Operacja naprawcza spojówki	1
30	Wycięcie zmiany rogówki	1
31	Operacja naprawcza rogówki (nie obejmuje korekcji wady wzroku)	1
32	Usunięcie zmiany twardówki	1
33	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
34	Nacięcie twardówki	1
35	Wycięcie tęczówki	1
36	Nacięcie tęczówki	1
37	Nacięcie torebki soczewki oka	1
38	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
D	Operacje ucha	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Operacja ślimaka (nie obejmuje wszczepienia implantu ślimakowego)	3
2	Operacja aparatu przedsionkowego (nie obejmuje wszczepienia protezy słuchowej)	3
3	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
4	Plastyka ucha zewnętrznego	2
5	Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	2
6	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	2
7	Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części skórnej z przeszczepem skóry	2
8	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
9	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
10	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
11	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2

12	Operacja trąbki Eustachiusza	2
13	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
14	Drenaż ucha zewnętrznego	1
15	Drenaż ucha środkowego	1
16	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
17	Drenaż ucha wewnętrznego	1
18	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	1
19	Wszczepienie protezy ślimaka	1
E Operacje układu oddechowego		
Nazwa operacji		Poziomy operacji*
1	Operacja przegrody nosa	1
2	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
3	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
4	Operacja zatoki nosa	1
5	Operacja naprawcza deformacji nosa	1
6	Amputacja (usunięcie) nosa	3
7	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
8	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
9	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	1
10	Jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
11	Wycięcie gardła	3
12	Wycięcie zmiany gardła	1
13	Rozszerzanie gardła	1
14	Zamknięcie przetoki gardła	1
15	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	4
16	Przeszczep krtani	4
17	Usunięcie zrostów krtani	1
18	Wycięcie krtani	3
19	Rekonstrukcja krtani	3
20	Wycięcie zmiany krtani	2
21	Rozszerzenie krtani	1
22	Operacja przetoki krtani	1
23	Operacja naprawcza krtani	2
24	Wycięcie chrząstki krtani	2
25	Wycięcie strun głosowych	2
26	Wszczepienie protezy głosowej	3
27	Proteżowanie tchawicy	2
28	Operacja ostrogi tchawicy	2
29	Usunięcie zrostów tchawicy	1
30	Częściowe wycięcie tchawicy	3
31	Tracheostomia	1
32	Operacja naprawcza tchawicy	2
33	Operacja przetoki tchawicy	2
34	Przeszczep płuca	5
35	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	5
36	Całkowite usunięcie płuca	5

37	Usunięcie płata płuca	3
38	Usunięcie segmentu płuca	2
39	Usunięcie zmiany tkanki płucnej	2
40	Operacja naprawcza oskrzela	2
41	Wycięcie oskrzela	3
42	Częściowe usunięcie oskrzela	2
43	Operacja przetoki oskrzelowej	1
44	Wycięcie zmiany oskrzela	1
45	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
46	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
47	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1
48	Wyłonienie zatoki szczękowej	1
49	Otwarcie zatoki czołowej	1
50	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
51	Obliteracja zatoki czołowej	1
52	Wycięcie zatoki czołowej	1
53	Otwarcie zatoki klinowej	1
54	Usunięcie zatoki klinowej	1
55	Otwarcie komórek sitowych	1
56	Wycięcie komórek sitowych	1
F Operacje w zakresie jamy ustnej		
Nazwa operacji		Poziomy operacji*
1	Całkowite wycięcie języka	3
2	Częściowe wycięcie języka	1
3	Korekcja deformacji podniebienia	2
4	Korekcja deformacji wargi	1
5	Częściowe wycięcie wargi	1
6	Usunięcie zmiany wargi	1
7	Usunięcie zmiany języka	1
8	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	1
9	Usunięcie zmiany podniebienia	1
10	Wycięcie migdałków podniebiennych	1
11	Wycięcie migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego	2
12	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
13	Wycięcie ślinianki	1
14	Wycięcie zmiany ślinianki	1
15	Nacięcie gruczołu ślinowego	1
16	Przeszczepienie przewodu ślinowego	1
17	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
18	Podwiązanie przewodu ślinowego	1
19	Poszerzenie przewodu ślinowego	1
20	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	1

G	Operacje przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Operacja przepukliny przeponowej	3
2	Nacięcie przetyku	1
3	Wycięcie przetyku i żołądka	5
4	Całkowite wycięcie przetyku	4
5	Zespolenie omijające przetyku	3
6	Operacja naprawcza przetyku	2
7	Częściowe wycięcie przetyku	3
8	Usunięcie zmiany przetyku	1
9	Rewizja zespolenia przetyku	1
10	Wytworzenie przetoki przetykowej	1
11	Operacja żyłaków przetyku	2
12	Wprowadzenie endoprotezy przetyku	2
13	Wytworzenie sztucznego przetyku	3
14	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
15	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
16	Usunięcie zmiany żołądka	2
17	Całkowite wycięcie żołądka	5
18	Częściowe wycięcie żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
19	Operacja plastyczna żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	2
20	Zaszycie wrzodu żołądka	2
21	Zaszycie rozerwanego żołądka	2
22	Pyloromyotomia	2
23	Operacja antyrefluksowa	2
24	Gastrostomia	1
25	Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
26	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
27	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
28	Zespolenie żołądkowo-jelitowe (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
29	Wycięcie dwunastnicy	3
30	Usunięcie zmiany dwunastnicy	2
31	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
32	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
33	Operacja przetoki dwunastniczej	2
34	Zaszycie rozerwanej dwunastnicy	2
35	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
36	Wycięcie kilku odcinków j. cienkiego	3
37	Wycięcie jednego odcinka j. cienkiego	2
38	Usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
39	Jejunostomia	2
40	Zespolenie omijające jelita cienkiego	2
41	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	1

42	Zaszycie rozerwanego jelita cienkiego	2
43	Odprowadzenie skrętu jelita	1
44	Odprowadzenie wgłobienia jelita	1
45	Rewizja zespolenia jelita cienkiego	2
46	Wytworzenie ileostomii	2
47	Rewizja ileostomii	1
48	Ufiksowanie jelita cienkiego	1
49	Usunięcie zrostów otrzewnowych	2
50	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
51	Wycięcie kątnicy	3
52	Wyłonienie kątnicy	3
53	Prawostronna hemikolektomia	4
54	Wycięcie poprzecznicy	4
55	Lewostronna hemikolektomia	4
56	Wycięcie esicy	3
57	Wycięcie kilku odcinków j. grubego	4
58	Wycięcie jednego odcinka j. grubego	3
59	Operacja przetoki jelita grubego	2
60	Usunięcie zmiany esicy	1
61	Usunięcie zmiany okrężnicy	2
62	Operacja okrężnicy	3
63	Nacięcie okrężnicy	1
64	Wyłonienie poprzecznicy	3
65	Wyłonienie esicy	3
66	Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
67	Zespolenie omijające okrężnicy	2
68	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
69	Całkowite wycięcie okrężnicy	4
70	Ufiksowanie jelita grubego	1
71	Wycięcie odbytnicy	3
72	Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
73	Usunięcie zmiany odbytnicy	2
74	Ufiksowanie odbytnicy	3
75	Operacja naprawcza odbytu	3
76	Wycięcie odbytu	3
77	Wycięcie zmiany odbytu	2
78	Drenaż przez okolicę krocza	1
79	Wycięcie zatoki włosowej	1
80	Wycięcie hemoroidów	1
H	Operacje narządów jamy brzusznej	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Przeszczep wątroby	5
2	Przeszczep wątroby skojarzony z innymi narządami jamy brzusznej	5
3	Częściowe wycięcie wątroby	4
4	Usunięcie zmiany wątroby	3
5	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
6	Przeszczep trzustki	5

7	Przeszczep trzustki skojarzony z innymi narządami jamy brzusznej	5
8	Całkowite wycięcie trzustki z dwunastnicą	5
9	Całkowite wycięcie trzustki	5
10	Wycięcie głowy trzustki	4
11	Wycięcie ogona trzustki	4
12	Zespolecie przewodu trzustkowego	3
13	Usunięcie zmiany trzustki	3
14	Otwarty drenaż trzustki	2
15	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	2
16	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	2
17	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
18	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	3
19	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
20	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
21	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
22	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	2
23	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera	2
24	Zaszycie uszkodzonego przewodu żółciowego	2
25	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
26	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	1
27	Wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
28	Całkowite wycięcie śledziony	2
29	Operacja z powodu pęknięcia śledziony z pozostawieniem narządu	2
30	Wycięcie zmiany śledziony	2
I	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	Operacja naprawcza złożonych wad dużych naczyń płucnych	5
5	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
6	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	5
7	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	3
8	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	3
9	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	3

10	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	3
11	Operacja naprawcza tętniaka serca	3
12	Wycięcie tętniaka serca	3
13	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
14	Operacje nici ścięgniastych serca	2
15	Plastyka przedsionka serca	4
16	Plastyka komory serca	4
17	Plastyka zastawki dwudzielnej	4
18	Wszczepienie zastawki dwudzielnej	4
19	Plastyka zastawki aortalnej	4
20	Wszczepienie zastawki aortalnej	4
21	Plastyka zastawki trójdziałnej	4
22	Wszczepienie zastawki trójdziałnej	4
23	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	4
24	Wszczepienie zastawki tętnicy płucnej	4
25	Rewizja plastyki zastawki serca	4
26	Otwarta walwulotomia	4
27	Zamknięta walwulotomia	3
28	Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	3
29	Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	4
30	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	4
31	Drenaż osierdzia	2
32	Wycięcie osierdzia	4
33	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
34	Otwarta koronaroplastyka	4
35	Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	2
36	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	2
37	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	2
38	Przeszkórna angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
39	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	1
J	Operacje naczyń tętniczych i żylnych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy płucnej	3
2	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	3
3	Wycięcie tętniaka aorty	4
4	Plastyka aorty	3
5	Operacja naprawcza uszkodzenia aorty	3
6	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
7	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4

8	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
9	Usunięcie skrzepliny z aorty	3
10	Usunięcie skrzepliny z tętnicy mózgu	3
11	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	3
12	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy mózgu	2
13	Rekonstrukcja tętnicy mózgu	3
14	Wycięcie zmiany tętnicy mózgu	2
15	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej	2
16	Operacja tętniaka tętnicy szyjnej	3
17	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy szyjnej	3
18	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	3
19	Wycięcie zmiany tętnicy szyjnej	2
20	Usunięcie skrzepliny z tętnicy podobojczykowej	2
21	Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	2
22	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy podobojczykowej	3
23	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	3
24	Wycięcie zmiany tętnicy podobojczykowej	1
25	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny górnej	1
26	Operacja tętniaka tętnicy kończyny górnej	2
27	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny górnej	2
28	Rekonstrukcja tętnicy kończyny górnej	2
29	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny górnej	1
30	Usunięcie skrzepliny z tętnicy nerkowej	2
31	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	3
32	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy nerkowej	2
33	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	3
34	Wycięcie zmiany tętnicy nerkowej	1
35	Usunięcie skrzepliny z innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
36	Operacja tętniaka innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
37	Operacja naprawcza uszkodzenia innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
38	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
39	Wycięcie zmiany innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
40	Usunięcie skrzepliny z tętnicy biodrowej	1
41	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	3
42	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy biodrowej	3
43	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	3
44	Wycięcie zmiany tętnicy biodrowej	2

45	Usunięcie skrzepliny z tętnicy udowej	1
46	Operacja tętniaka tętnicy udowej	3
47	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy udowej	2
48	Rekonstrukcja tętnicy udowej	3
49	Wycięcie zmiany tętnicy udowej	1
50	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	1
51	Operacja tętniaka tętnicy kończyny dolnej inne, niż wymienione	2
52	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
53	Rekonstrukcja tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
54	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	1
55	Rekonstrukcja żyły głównej górnej	3
56	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	3
57	Rekonstrukcja żyły głównej dolnej	2
58	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	2
59	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	3
60	Zespolenie tętniczo-żylne	2
61	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
62	Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
63	Usunięcie skrzepliny z żyły	1
K	Operacje układu moczowego i gruczołu krokowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie obu nerek	4
2	Całkowite wycięcie nerki	3
3	Przeszczep nerki	4
4	Częściowe wycięcie nerki	2
5	Wycięcie kielicha nerkowego	1
6	Usunięcie zmiany nerki	2
7	Ufiksowanie nerki ruchomej	1
8	Operacja przetoki nerkowej	2
9	Operacja naprawcza nerki	2
10	Nefrostomia	1
11	Zeszycie nerki po urazie	2
12	Operacja torbieli nerki	2
13	Usunięcie kamienia z nerki	1
14	Usunięcie skrzepliny z nerki	1
15	Pielostomia	1
16	Całkowite wycięcie moczowodu	3
17	Częściowe wycięcie moczowodu	2
18	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	2
19	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2

20	Reimplantacja moczowodu	3
21	Operacja naprawcza moczowodu	3
22	Operacja przetoki moczowodu	2
23	Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3
24	Wszczepienie moczowodu do jelita	3
25	Wszczepienie protezy moczowodu	2
26	Przeczewkowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
27	Przeczewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
28	Przeczewkowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
29	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
30	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
31	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	4
32	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
33	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego	3
34	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	1
35	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
36	Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	2
37	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	1
38	Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej	2
39	Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej	2
40	Operacja innej przetoki pęcherzowej	1
41	Plikacja ujścia pęcherza moczowego	1
42	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	2
43	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1
44	Zespolenie pęcherza z pętlą jelitową	2
45	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	2
46	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
47	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
48	Operacja przetoki cewki moczowej	2
49	Korekcja zwężenia cewki moczowej	2
50	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	1
51	Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	1
52	Wszczepienie protezy cewki moczowej	2
53	Całkowite wycięcie cewki moczowej	3
54	Częściowe wycięcie cewki moczowej	2

55	Operacja spodziectwa	1
56	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
57	Sfałdowanie cewki moczowej	1
58	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
59	Operacja spodziectwa	1
60	Operacja wierzchniactwa	1
61	Całkowite wycięcie stercza	3
62	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	2
63	Usunięcie zmiany stercza	1
64	Częściowe wycięcie stercza	1
65	Usunięcie kamieni sterczowych	1
66	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
67	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
68	Brzusznna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
69	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
70	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
L	Operacje męskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Wycięcie prącia całkowite	3
2	Wycięcie prącia częściowe	2
3	Usunięcie zmiany prącia	1
4	Operacja naprawcza prącia	1
5	Proteżowanie prącia	1
6	Replantacja prącia	2
7	Obustronne wycięcie jąder	2
8	Usunięcie jądra	1
9	Operacja wodniaka jądra	1
10	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	2
11	Jednostronne sprowadzenie jąder do moszny	1
12	Proteżowanie jądra	1
13	Wycięcie zmiany jądra	1
14	Całkowite wycięcie moszny	2
15	Częściowe wycięcie moszny	1
16	Operacja najądrza	1
17	Wycięcie najądrza	1
18	Wycięcie zmiany najądrza	1
19	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	1
20	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
21	Wycięcie nasieniowodu	1
22	Operacja naprawcza napletka	1

M	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
2	Wycięcie macicy	3
3	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
4	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
5	Wycięcie szyjki macicy	1
6	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
7	Operacja więzadła szerokiego macicy	1
8	Operacja innego więzadła macicy	1
9	Usunięcie mięśniaków macicy	1
10	Usunięcie zrostów macicy	1
11	Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
12	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	2
13	Zabieg naprawczy z powodu wrodzonej wady macicy	2
14	Operacja zamknięcia przetoki macicy	1
15	Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
16	Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	3
17	Jednostronne wycięcie jajowodu i jajnika	2
18	Częściowe wycięcie jajowodu	1
19	Wszczepienie protezy jajowodu	1
20	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	1
21	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
22	Wycięcie lub zniszczenie zmiany jajowodu	1
23	Całkowite wycięcie obu jajników	2
24	Całkowite wycięcie jednego jajnika	2
25	Częściowe wycięcie jajnika	1
26	Operacyjne wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika	1
27	Operacja naprawcza jajnika	1
28	Wycięcie pochwy	2
29	Nacięcie zrostów pochwy	1
30	Usunięcie zmiany pochwy	1
31	Operacja naprawcza pochwy	1
32	Operacja przetoki pochwowej	1
33	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	1
34	Plastyka sklepienia pochwy	1
35	Operacja łechtaczki	1
36	Operacja gruczołu Bartholina	1
37	Wycięcie zmiany sromu	1
38	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1

39	Uwolnienie zrostów sromu	1
40	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	2
41	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
42	Wycięcie sromu	1
N	Operacje skóry	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
2	Przeszczep płata skórno-nerwowego z unerwieniem	2
3	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
4	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	1
5	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	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 autoprzeszczep 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
O	Operacje tkanek miękkich	Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Operacja naprawcza przepony	4
2	Zaszycie pękniętej przepony	3
3	Wycięcie zmiany przepony	2
4	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
5	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
6	Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	3
7	Wycięcie zmiany opłucnej	2
8	Zabieg naprawczy opłucnej	2
9	Drenaż odmy opłucnowej po obu stronach klatki piersiowej	2
10	Drenaż odmy opłucnowej po jednej stronie klatki piersiowej	1
11	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
12	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2

13	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
14	Plastyka nawrotowej przepukliny w kresie białej	2
15	Plastyka nawrotowej przepukliny pępkowej	2
16	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
17	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
18	Pierwotna plastyka przepukliny pępkowej	1
19	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
20	Pierwotna plastyka przepukliny w kresie białej	1
21	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
22	Plastyka przepukliny kulszowej	2
23	Plastyka przepukliny kulszowo odbytnej	2
24	Plastyka przepukliny lędźwiowej	2
25	Plastyka przepukliny zasłonowej	2
26	Przełożenie ścięgna	1
27	Wycięcie ścięgna	1
28	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	1
29	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
30	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
31	Operacja przewodu limfatycznego	2
32	Operacja dotycząca plastyki pępka	1
33	Usunięcie zmiany otrzewnej	1
34	Operacja dotycząca sieci	1
35	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
36	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
37	Przeszczep powięzi	1
38	Wycięcie powięzi brzucha	1
39	Usunięcie zmiany powięzi	1
40	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
41	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
42	Operacja kaletki maziowej	1
43	Uwolnienie ścięgna	1
44	Zmiana długości ścięgna	1
45	Wycięcie pochewki ścięgna	1
46	Wycięcie mięśnia	1
47	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	1
48	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
49	Drenaż węzła chłonnego	1
50	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1

51	Przeszczep mięśnia	2
P	Operacje kości i stawów	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Płatowe otwarcie czaszki	3
2	Operacja naprawcza czaszki	3
3	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	2
4	Odgłobienie kości czaszki po urazie	2
5	Usunięcie zmiany kości czaszki	2
6	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	2
7	Rekonstrukcja więcej, niż jednej kości twarzoczaszki	3
8	Wycięcie kości twarzoczaszki innej, niż żuchwa	2
9	Całkowite wycięcie żuchwy	3
10	Częściowe wycięcie żuchwy	2
11	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2
12	Nastawienie otwarte złamania kości nosa	1
13	Nastawienie otwarte złamania kości oczodołu	2
14	Nastawienie otwarte złamania szczęki	2
15	Nastawienie otwarte złamania żuchwy	2
16	Nastawienie otwarte zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	2
17	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	4
18	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	4
19	Operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	4
20	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	3
21	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	4
22	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	4
23	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	3
24	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
25	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	3
26	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
27	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
28	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3

29	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	3
30	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego jednego stawu kręgosłupa	1
31	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego więcej, niż jednego stawu kręgosłupa	2
32	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2
33	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2
34	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu biodrowego	3
35	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu kolanowego	3
36	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawów skokowych	3
37	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu barkowego	3
38	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu łokciowego	3
39	Wszczepienie całkowitej endoprotezy nadgarstka	3
40	Wszczepienie całkowitej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	2
41	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu biodrowego	2
42	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu kolanowego	2
43	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawów skokowych	2
44	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu barkowego	2
45	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu łokciowego	2
46	Wszczepienie częściowej endoprotezy nadgarstka	2
47	Wszczepienie częściowej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	1
48	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
49	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
50	Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	2
51	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
52	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
53	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
54	Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	2
55	Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	2
56	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
57	Usunięcie zmiany kości	1

58	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	1
59	Rozdzielenie trzonu kości	1
60	Rozdzielenie kości stopy	1
61	Drenaż kości	1
62	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	1
63	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
64	Protezowanie ścięgna	2
65	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
66	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
67	Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
68	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
69	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	1
70	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	1
71	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
72	Wycięcie kości ektopowej	1
73	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
74	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
75	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
76	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
77	Uwolnienie przykurczu stawu	1
78	Korekcja stopy końsko-szpotawej	2
79	Wycięcie martwaka kości	1
80	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
81	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2
82	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	2
83	Uwolnienie torebki stawowej	1
84	Uwolnienie stawu	1
85	Uwolnienie więzadła	1
86	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną lub zewnętrzną	2
87	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
88	Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	1
89	Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	1
R	RÓŻNE	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Przeszczep twarzy	5
2	Replantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	5

3	Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
4	Replantacja kończyny górnej na poziomie nadgarstka	4
5	Replantacja kciuka	3
6	Replantacja palca ręki innego, niż kciuk	3
7	Replantacja kończyny dolnej na poziomie uda	5
8	Replantacja kończyny górnej na poziomie podudzia	4
9	Replantacja kończyny górnej na poziomie stawów skokowych	4
10	Replantacja palucha stopy	2
11	Replantacja palca innego, niż paluch	2
12	Wyłuszczenie kończyny górnej w stawie barkowym	3
13	Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	3
14	Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	3
15	Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	2
16	Amputacja kończyny górnej w stawach nadgarstka	2
17	Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	2
18	Amputacja innych palców, niż kciuk w obrębie paliczka bliższego	1
19	Wyłuszczenie kończyny dolnej w stawie biodrowym	3
20	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	3
21	Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	3
22	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	2
23	Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	2
24	Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	1
25	Amputacja palca innego niż paluch w obrębie paliczka bliższego	1

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

Załącznik nr 8 Katalog Powikłań Operacji Dziecka „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

L.p.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych	Rodzaj powikłania	Kategoria powikłania (1 najłżejsze, 4 najcięższe)
1	Znieczulenie ogólne do operacji	niewybudzenie się po znieczuleniu (śpiączka) trwające co najmniej do 30 dni od operacji,	4
		konieczność wykonania tracheostomii po znieczuleniu na okres dłuższy niż 30 dni.	2
2	Wszystkie rodzaje operacji	usunięcie pozostawionego bez medycznego uzasadnienia ciała obcego lub instrumentarium w polu operacyjnym.	2
3	Operacje neurochirurgiczne dotyczące głowy i kręgosłupa	ropień wewnątrzczaszkowy wymagający kolejnej operacji,	3
		krwawienie do jamy czaszki, wymagające otwarcia czaszki,	3
		porażenie jednej kończyny górnej lub dolnej po operacji struktur kręgosłupa,	3
		porażenie co najmniej dwóch kończyn górnych i /lub dolnych po operacji struktur kręgosłupa.	4
4	Operacje okulistyczne	krwotok do wnętrza gałki ocznej, skutkujący nieodwracalną ślepotą oka,	4
		zapalenie wnętrza gałki ocznej wymagające kolejnej operacji,	3
		zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po operacji oka lub oczodołu.	3
5	Operacje otolaryngologiczne	ropień ucha wewnętrznego lub środkowego, wymagający drenażu operacyjnego,	2
		konieczność usunięcia wszczepionego uprzednio implantu ślimakowego z powodu infekcji po zabiegu,	1
		uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej wymagające podwiązania naczynia,	2
		uszkodzenie przełyku w trakcie zabiegu otolaryngologicznego wymagające operacji naprawczej,	4
		zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po zabiegu otolaryngologicznym.	2
6	Operacje kardiochirurgiczne oraz na naczyniach tętniczych i żylnych	blok serca całkowity wymagający wszczepienia układu stymulującego serce na stałe,	3
		uszkodzenie płuca w czasie operacji aorty piersiowej wymagające operacji naprawczej,	3
		pełnościennie uszkodzenie jelita cienkiego w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej,	1
		pełnościennie uszkodzenie dwunastnicy, podczas zabiegów na dużych naczyniach z koniecznością operacji,	3
7	Operacje torakochirurgiczne	uszkodzenie nerwu przeponowego po operacjach torakochirurgicznych,	3
		krwawienie do jamy opłucnowej wymagające operacji,	2
		uszkodzenie przełyku wymagające operacji naprawczej przełyku,	3
		utrzymujący się przeciek powietrza wymagający operacji.	2

L.p.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych	Rodzaj powikłania	Kategoria powikłania (1 najłżejsze, 4 najcięższe)
8	Operacje przewodu pokarmowego i w zakresie innych struktur jamy brzusznej	krwotok do jamy otrzewnowej wymagający operacji,	2
		pełnościennne uszkodzenie pęcherza moczowego po operacjach w zakresie przewodu pokarmowego, wymagające operacji,	2
		uszkodzenie moczowodu, po operacjach struktur przewodu pokarmowego, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji narządów mięsaszowych jamy brzusznej, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji innych narządów przewodu pokarmowego,	2
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji,	1
		martwica jądra po operacji przepukliny pachwinowej,	2
		uszkodzenie jelita grubego, jelita cienkiego lub pęcherza moczowego po operacjach z powodu przepuklin brzusznych wymagające operacji,	3
		uszkodzenie struktur układu pokarmowego w trakcie zabiegów laparoskopowych, wymagające otwarcia jamy brzusznej.	1
9	Operacje urologiczne	krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni pozaotrzewnowej po zabiegach urologicznych, wymagający operacji,	2
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji nerek, moczowodów lub pęcherza moczowego, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji narządów układu moczowego,	2
		uszkodzenie jelita grubego po operacjach urologicznych, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu,	3
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji.	1
10	Operacje ortopedyczne	uszkodzenie nerwu pośrodkowego, promieniowego lub łokciowego po operacjach z powodu złamania kości długich ramienia i przedramienia,	2
		uszkodzenie nerwu kulszowego po operacjach z powodu złamania kości udowej.	3

Załącznik nr 9 Katalog Poważnych Zachorowań „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór 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 Alzheimerera,
- 17) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 18) operacja zastawek serca,
- 19) stwardnienie rozsiane,
- 20) choroba Parkinsona,
- 21) anemia aplastyczna,
- 22) wirusowe zapalenie mózgu,
- 23) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 24) bakteryjne 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 leczony operacyjnie,
- 29) zgorzeł gazowa,
- 30) zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
- 31) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 32) ropień mózgu leczony operacyjnie,
- 33) sepsa (posocznica SIRS),
- 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 wsierdzia,
- 44) utrata kończyn wskutek choroby.

1) NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór 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 (w tym mięsaka skóry).

Definicja nowotworu złośliwego nie obejmuje:

- a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,

- b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
- c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
- e) przewlekłej białaczki limfatycznej według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż III wg klasyfikacji Rai,
- f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM),
- g) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
- h) nawrotu, wznowy, przerzutu choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

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

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:

- i. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne,
- ii. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem,
- iii. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności;

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 i współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.

Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.

Definicja zawału serca nie obejmuje:

- i. ostrych zespołów wieńcowych,
- ii. każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa),
- iii. podwyższenia biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej);

3) UDAR MÓZGU

Za **udar mózgu** uważa się nagłe zaburzenie czynności mózgu spowodowane zamknięciem światła naczynia krwionośnego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, przy spełnieniu jednego z następujących kryteriów:

- a) wystąpienia świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowano w badaniach obrazowych (np. w ba-

daniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej),

- b) stwierdzenia obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny lub krócej, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne.

Odpowiedzialnością objęty jest wyłącznie udar mózgu, którego następstwem jest występowanie utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego potwierdzonego badaniem przez lekarza neurologa po 60 dniach od rozpoznania udaru mózgu.

Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku i rdzenia przedłużonego, które spełniają powyższe kryteria.

Definicja udaru mózgu nie obejmuje:

- i. udaru mózgu bez utrwalonego deficytu neurologicznego pochodzenia ośrodkowego,
- ii. epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
- iii. zmian niedokrwiennych potwierdzonych w badaniach obrazowych bez występowania utrwalonego ośrodkowego deficytu neurologicznego,
- iv. udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
- v. przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA),
- vi. odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
- vii. zaburzenia neurologicznego spowodowanego niewydolnością kręgowo-podstawną,
- viii. wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych,
- ix. zaburzenia neurologicznego występującego w przebiegu migreny,
- x. zaburzenia czynności mózgu i uszkodzenia mózgu spowodowanego niedotlenieniem o przyczynie zewnętrznej lub niedotlenieniem powstałym w przebiegu nagłego zatrzymania krążenia lub zatrzymania oddechu,
- xi. choroby naczyń krwionośnych powodującej zaburzenia czynności siatkówki lub nerwu wzrokowego lub błędnika;

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 wszczepienie 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 (lub jednej w przypadku braku drugiej) 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 od-

wracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki;

6) PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

Za **przeszczep narządu** uważa się przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;

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 **utrata kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów;

9) UTRATA WZROKU

Za **utrata wzroku** uważa się trwałą i nieodwracalną obustronną utratę ostrości wzroku, spowodowaną chorobą lub wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obustronne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

10) UTRATA SŁUCHU

Za **utrata słuchu** uważa się trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach, spowodowaną chorobą lub wypadkiem, wykazującą średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

11) UTRATA MOWY

Za **utrata mowy** uważa się całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji mowy spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku: wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków:

- a) choroby spowodowanych zaburzeniami psychicznymi,
- b) utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

12) CIĘŻKIE OPARZENIA

Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:

- 1) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- 2) co najmniej 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia;

13) ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, lub nerwów czaszkowych, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki i szyszynki, torbiele, ziarniaki, malformacje naczyńniowe;

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, oceniany poniżej 8 stopni w Skali Glasgow. 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 (także stentgraftu) 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. Przypadki innych typów demencji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową;

17) SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Za **schyłkową niewydolność wątroby** uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- trwała żółtaczka,
- żylaki przełyku,
- encefalopatia wrotna.

Definicja schyłkowej niewydolności wątroby nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków;

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. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte operacje naprawcze zastawek serca (a więc bez wymiany) oraz przezskórne zabiegi plastyki zastawek;

19) STWARDNIENIE ROZSIANE

Za **stwardnienie roziane** uważa się chorobę ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), rozpoznaną w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela przez lekarza neurologa, wywołaną procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiającą się zespołem licznych ubytków neurologicznych, rozpoznaną na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald, poprzedzoną epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;

20) CHOROBA PARKINSONA

Za **chorobę parkinsona** uważa się przewlekłą chorobę układu pozapiramidowego, spowodowaną pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia produkcji dopaminy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem co najmniej dwóch z trzech objawów choroby, tj. akinezy, drżenia spoczynkowego, wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej).

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną ubezpieczeniową;

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:

- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- podawanie preparatów stymulujących szpik,
- podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;

22) WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

Za **wirusowe 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:

- natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższe 55 mmHg,
- duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa;

24) BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

Za **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** uważa się postać choroby wymagającej leczenia

w warunkach szpitalnych, rozpoznanej na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzonej wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującej trwale ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy;

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) prowadzącą do uszkodzenia centralnego układu nerwowego, 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/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 umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;

27) ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY 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/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, 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 LECZONY OPERACYJNIE

Za **bąbłowiec mózgu leczony operacyjnie** uważa się bąbłowiec mózgu wymagający wykonania operacji chirurgicznej usunięcia torbieli bąbłowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym;

29) ZGORZEL GAZOWA

Za **zgorzel gazową** uważa się chorobę spowodowaną ciężką przyranną infekcją bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią, wymagającą leczenia szpitalnego, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych;

30) ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

Za **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** uważa się zator tętnicy płucnej wymagający chirurgicznego przeprowadzenia zabiegu w celu usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej, wykonany w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej;

31) ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

Za **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** uważa się tylko taką chorobę przenoszoną 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 LECZONY OPERACYJNIE

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

33) SEPSA (POSOCZNICA, SIRS)

Za **sepsę (POSOCZNICĘ, SIRS)** uważa się zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności narządowej. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego.

Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej dwa z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:

- przyspieszenie czynności serca (tachycardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku,
- temperatura ciała powyżej 38,5° C lub poniżej 36° C,
- przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależna od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków,
- liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%;

34) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** uważa się rozpoznaną w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej aktywną, rozlaną, zapalną chorobę miększu wątroby, wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV=HBsAg).

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie:

- 1) stałej obecności antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy,
- 2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- a) przewlekłego nosicielstwa HBsAg,
- b) przebytego WZW typu B,

Za dzień wystąpienia choroby przyjmuje się datę postawienia rozpoznania przewlekłego WZW typu B przez lekarza, o ile spełnione są wymienione wyżej kryteria medyczne;

35) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Za **wirusowe zapalenie 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:

- a) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA,
- b) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym 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 WYMAGAJĄCA HOSPITALIZACJI

Za **boreliozę wymagającą hospitalizacji** uważa się chorobę zakaźną przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными 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 ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i w przypadku której wystąpiła konieczność zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;

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*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*) i przebiega z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczo-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 (immunologicznego) i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego;

40) CHOROBA HUNTINGTONA

Za **chorobę Huntingtona (płásawica Huntingtona)** uważa się postępującą chorobę genetyczną ośrodkowego układu nerwowego, objawiającą się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem, potwierdzoną charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz pozytywnymi wynikami badań dodatkowych EEG, neuroobrazowych, immunologicznych;

41) ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI WYMAGAJĄCA OPERACJI

Za **zakażoną martwicę trzustki wymagającą operacji** 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 wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych:

- 1) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA),
- 2) postępującego zaniku mięśni (PMA),
- 3) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS),
- 4) postępującego porażenia opuszkowego (PBP);

43) BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIEDZIA

Za **bakteryjne zapalenie wsierdzia** uważa się zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsiónek z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteriowego zapalenia wsierdzia u osób:

- a) z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca,
- b) z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), które przebyły operację serca,
- c) używających środków uzależniających;

44) UTRATA KOŃCZYNY

Za **utrata kończyny** uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby, w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów - w zakresie kończyn dolnych.

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny nowotwór mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła (schyłkowa) 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) porażenie kończyn,
- 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,
- 22) neuroborelioza.

1) NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór 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 (w tym mięsaka skóry). Definicja nowotworu złośliwego nie obejmuje:

- a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
- b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0),
- c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry, oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
- e) przewlekłej białaczki limfatycznej według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż III wg klasyfikacji Rai,
- f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM),
- g) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
- h) nawrotu, wznowy, przerzutu choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

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

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowa-

dzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:

- i) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne,
- ii) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem,
- iii) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności;

2) NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

Za **niewydolność nerek** uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) 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, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, lub nerwów czaszkowych, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki i szyszynki, torbiele, ziarniaki, malformacje naczyniowe;

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, oceniany poniżej 8 stopni w Skali Glasgow. 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 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;

6) DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

Za **dystrofię mięśniową** uważa się chorobę mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodującą postępujący zanik mięśni, prowadzącą do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzoną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), skutkującą częściowym trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności dnia 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;

7) CUKRZYCA

Za **cukrzycę** uważa się pierwszorazowe rozpoznanie cukrzycy insulinozależnej wymagającej stałego i regularnego podawania insuliny;

8) PRZEWLEKŁA (SCHYŁKOWA) NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

Za **przewlekłą (schyłkową) niewydolność wątroby** uważa się stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:

- a) trwałą żółtaczką,
- b) wodobrzuszem,
- c) encefalopatią wątrobową,
- d) żylaki przełyku,
- e) zaburzeniami krzepnięcia,

oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa – Pugh.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugh dotyczącej niewydolności wątroby;

9) CIĘŻKIE OPARZENIA

Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:

- a) powyżej 40 % powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- b) co najmniej 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia;

10) OPERACJA SERCA W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM

Za **operację serca w krążeniu pozaustrojowym** uważa się chorobę serca wymagającą przebycia pierwszorazowej operacji na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje wszystkich zabiegów przeprowadzonych z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed ubezpieczeniem;

11) 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;

12) CHOROBA KAWASAKI

Za **chorobę Kawasaki** uważa się ostrą chorobę zapalną małych i średnich naczyń o nieznannej etiologii z następowym tworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych. Potwierdzeniem przebycia choroby jest utrzymywanie się co najmniej przez 5 dni wysokiej gorączki (powyżej 38 stopni Celsjusza) u dziecka oraz co najmniej 4 objawów z niżej wymienionych:

- a) obrzęku ewentualnie rumienia na dłoniach lub stopach, cechy złuszczenia skóry okolicy przypaznokciowej,
 - b) różnokształtna wysypka głównie w obrębie tułowia,
 - c) obustronne przekrwienie/ zapalenie spojówek,
 - d) zmiany dotyczące warg i śluzówek jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane nastrzyknięcie śluzówek jamy ustnej i w okolicy nosowo-gardłowej,
 - e) limfadenopatia szyjna, najczęściej jednostronna.
- Ponadto wymagane jest udokumentowanie wystąpienia tętniaków tętnic wieńcowych w badaniach obrazowych (Angio - CT, NMR, Echo serca);

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 porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu i które prowadzi 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. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowane przebycie szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio;

15) PORAZENIE KOŃCZYN

Za **porażenie kończyn** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość;

16) TĘŻEC

Za **tężec** uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (Clostri-

dium tetani), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i w przypadku której wystąpiła konieczność zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;

17) UTRATA KOŃCZYN

Za **utrata kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów;

18) UTRATA SŁUCHU

Za **utrata słuchu** uważa się spowodowaną chorobą lub wypadkiem, wykazującą średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

19) UTRATA WZROKU

Za **utrata wzroku** uważa się trwałą i nieodwracalną obuczną utratę ostrości wzroku spowodowaną chorobą lub wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej 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 **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 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 postać choroby wymagającej leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznanej na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzonej wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodującej trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy;

22) NEUROBORELIOZA

Za **neuroboreliozę** uważa się chorobę zakaźną przenoszoną przez kleszcze wywołaną przez krętki borrelia, przebiegającą z różnorodnymi objawami układu nerwowego, takimi jak: zapaleniem nerwów czaszkowych, zapaleniem korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołu zaburzeń poznawczych i ośpienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Załącznik nr 11 Katalog Chorób Cywilizacyjnych „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

Lp.	Niniejszy katalog określa następujące rodzaje chorób cywilizacyjnych (w nawiasie procent sumy ubezpieczenia)	
1.	Alergiczna astma oskrzelowa (100%)	<p>Za alergiczną astmę oskrzelową uważa się chorobę alergiczną układu oddechowego manifestująca się napadowym skurczem oskrzeli, spowodowana kontaktem z alergenem. Jej rozpoznanie w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela musi zostać potwierdzone przez lekarza alergologa, pulmonologa na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz w badaniu spirometrycznym lub teście odwracalności skurczu oskrzeli.</p> <p>Za alergiczną astmę oskrzelową nie uważa się przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.</p>
2.	<p>Cukrzyca:</p> <p>a) o ciężkim przebiegu - Typ 1 i Typ 2 (100%)</p> <p>b) niewymagająca podawania insuliny - Typ 2 (10%)</p>	<p>Za cukrzyce:</p> <p>a) ciężkim przebiegu - Typ 1 i Typ 2 uważa się rozpoznaną przez lekarza diabetologa w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, cukrzycę wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny.</p> <p>Zakresem ochrony nie jest objęta cukrzyca ciążowa;</p> <p>b) niewymagająca podawania insuliny - Typ 2 uważa się przewlekłą chorobę metaboliczną manifestującą się podwyższonym poziomem cukru (glikemii) we krwi, spowodowaną względnym niedoborem insuliny będącym następstwem insulinooporności tkanek lub postępującym upośledzeniem wydzielania insuliny;</p> <p>Za kryterium diagnostyczne przyjmuje się poziom glukozy we krwi w dwukrotnym badaniu na czczo o wartości co najmniej 126mg/dl w przypadku występowania charakterystycznego obrazu klinicznego albo powyżej 200mg/dl w przypadku hiperglikemii przygodnej stwierdzonej w badaniu wykonanym bez typowych objawów klinicznych albo dodatni wyniku testu obciążenia glukozą. Jej rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę diabetologa w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.</p> <p>Zakresem ochrony nie jest objęta cukrzyca ciążowa.</p>
3.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze (100%)	<p>Za zaawansowane nadciśnienie tętnicze uważa się przewlekłą chorobę układu krążenia objawiającą się stałym podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela i potwierdzona poniższymi kryteriami łącznie:</p> <p>a) zmiany na dnie oka w stopniu III° lub IV° według klasyfikacji Keitha-Wagenera-Barkera,</p> <p>b) co najmniej dwukrotnym pomiarem u lekarza ciśnienia tętniczego krwi powyżej 160 mmHg w przypadku ciśnienia skurczowego (zwanego górnym), natomiast w odniesieniu do ciśnienia rozkurczowego (zwanego dolnym) powyżej 100 mmHg, oraz jedno kryterium z poniższych:</p> <p>c) zmiana w osadzie moczu,</p> <p>d) cechy przerostu lewej komory serca wykazane w badaniu EKG lub ECHO.</p>
4	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy (100%)	<p>Za chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy uważa się przewlekłą chorobę przewodu pokarmowego, zdiagnozowaną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela przez lekarza, w której dochodzi do pojawiania się wrzodów trawiennych w żołądku lub dwunastnicy potwierdzonych badaniem endoskopowym żołądka lub dwunastnicy.</p> <p>Zakresem ubezpieczenia nie jest objęta choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy spowodowana nadużywaniem: alkoholu, leków oraz innych substancji toksycznych.</p> <p>W przypadku zachorowania na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy wypłata świadczenia następuje tylko z tytułu jednego zachorowania.</p>
5	Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej) (100%)	<p>Za chorobę tarczycy wymagającą leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej) uważa się chorobę tarczycy, dla której konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Skierowanie na przeprowadzenie operacji musi zostać wystawione przez lekarza endokrynologa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.</p>
6	Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamienia (100%)	<p>Za kamicę żółciową wymagającą usunięcia kamienia uważa się chorobę w przebiegu której dochodzi do powstawania złożeń w obrębie dróg żółciowych (zarówno wewnątrz, jak i zewnątrzwątrobowych), powodujących utrudnienie odpływu żółci i tym samym wywołujących objawy kolki żółciowej i wymagającą usunięcia kamienia.</p> <p>Rozpoznanie i wskazanie do przeprowadzania zabiegu metodą chirurgiczną, laparoskopową, endoskopową musi zostać potwierdzone przez lekarza chirurga albo gastroenterologa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.</p>

Lp.	Niniejszy katalog określa następujące rodzaje chorób cywilizacyjnych (w nawiasie procent sumy ubezpieczenia)	
7	Osteoporoza (100%)	Za osteoporozę uważa się chorobę szkieletu charakteryzującą się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, a w konsekwencji zwiększoną jej łamliwość i podatnością na złamania, zdiagnozowaną przez lekarza i potwierdzoną badaniem densytometrii (w oparciu o wskaźnik T dla wartości wskaźnika poniżej - 2,5 oraz co najmniej jedno złamanie) w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Z zakresu ochrony nie jest objęta osteoporoza wtórna.
8	Depresja leczona szpitalnie (100%)	Za depresję leczoną szpitalnie uważa się chorobę zdiagnozowaną w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela przez lekarza psychiatrę w przebiegu której doszło do hospitalizacji wyłącznie na oddziale psychiatrycznym.

Załącznik nr 12 Katalog Chorób Nowotworowych w Stadium Przedinwazyjnym „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

Wykaz nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym (in situ) oraz innych nowotworów złośliwych objętych ochroną ubezpieczeniową:	D06 Rak in situ szyjki macicy
D00 Rak in situ jamy ustnej przełyku i żołądka	D06.0 Rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy
D00.0 Rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła	D06.1 Rak in situ błony śluzowa zewnętrznej powierzchni szyjki macicy
D00.1 Rak in situ przełyku	D06.7 Rak in situ innej części szyjki macicy
D00.2 Rak in situ żołądka	D06.9 Rak in situ szyjki macicy, umiejscowienie nieokreślone
D01 Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego	D07 Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych
D01.0 Rak in situ okrężnicy	D07.0 Rak in situ błony śluzowej macicy
D01.1 Rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego	D07.1 Rak in situ sromu
D01.2 Rak in situ odbytnicy	D07.2 Rak in situ pochwy
D01.3 Rak in situ odbytu i kanału odbytu	D07.3 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich
D01.4 Rak in situ innych i nieokreślonych części jelita	D07.4 Rak in situ prącia
D01.5 Rak in situ pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	D07.5 Rak in situ gruczołu krokowego
D01.7 Rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego	D07.6 Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich
D01.9 Rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone	D09 Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
D02 Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	D09.0 Rak in situ pęcherza moczowego
D02.0 Rak in situ krtani	D09.1 Rak in situ inne i nieokreślone części układu moczowego
D02.1 Rak in situ tchawicy	D09.2 Rak in situ oka
D02.2 Rak in situ oskrzela i płuca	D09.3 Rak in situ tarczycy i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego
D02.3 Rak in situ innych części układu oddechowego	D09.7 Rak in situ o innym określonym umiejscowieniu
D02.4 Rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone	D09.9 Rak in situ, umiejscowienie nieokreślone
D03 Czerniak in situ	C43 Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa T1
D03.0 Czerniak in situ wargi	C44 Inne nowotwory złośliwe skóry
D03.1 Czerniak in situ powieki łącznie z kątem oka	C44.0 Nowotwór złośliwy (skóra wargi)
D03.2 Czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	C44.1 Nowotwór złośliwy (skóra powieki, łącznie z kątem oka)
D03.3 Czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy	C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego)
D03.4 Czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	C44.3 Nowotwór złośliwy (skóra innych i nieokreślonych części twarzy)
D03.5 Czerniak in situ tułowia	C44.4 Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
D03.6 Czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem	C44.5 Nowotwór złośliwy (skóra tułowia)
D03.7 Czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem	C44.6 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny górnej, łącznie z barkiem)
D03.8 Czerniak in situ innych umiejscowień	C44.7 Nowotwór złośliwy (skóra kończyny dolnej, łącznie z biodrem)
D03.9 Czerniak in situ, nieokreślony	C44.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia na skórze)
D04 Czerniak in situ skóry	C44.9 Nowotwór złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone
D04.0 Rak in situ skóry wargi	C61 Pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stadium T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0
D04.1 Rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka	C67 Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0
D04.2 Rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	C73 Nowotwór złośliwy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego (wliczając: T1a N0M0, T1b N0M0)
D04.3 Rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy	
D04.4 Rak in situ skóry owłosiona głowy i szyi	
D04.5 Rak in situ skóry tułowia	
D04.6 Rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem	
D04.7 Rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem	
D04.8 Rak in situ skóry, inne umiejscowienie	
D04.9 Rak in situ skóry, umiejscowienie nieokreślone	
D05 Rak in situ piersi	
D05.0 Rak zrazikowy in situ	
D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ	
D05.7 Inny rak piersi in situ	
D05.9 Rak in situ piersi, nieokreślony	

Załącznik nr 13 Pakiet medyczny „Teleopieka kardiologiczna”

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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10	Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1	Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2	Tętniak serca	I25.3
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8	Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0	Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1	"Ciche" (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2	Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8	Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	I25.9
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0	Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1	Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2	Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3	Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8	Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0	Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2	Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10	Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0	Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9	Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12	Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0	Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9	Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13	Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0	Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1	Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2	Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9	Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Dusznicza niestabilna	I20.0	Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1	Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Inne postacie duszniczy bolesnej	I20.8	Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9	Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0	Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1	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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
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 wsierdzia, 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 wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
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 wsierdzia (eozynofilowa)	I42.3

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Zwłóknienie sprężyste wsierdzia (fibroelastoza wsierdzia)	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
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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Zespół chorej zatoki	I49.5
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 ścięgniastej 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

Karta produktu

Ubezpieczenie na życie

Ubezpieczyciel: TUnŻ „WARTA” S.A.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

**Produkt: Ubezpieczenie na Życie
WARTA DLA CIEBIE I RODZINY**

Zatwierdzenie produktu

W Karcie Produktu zawarte są najważniejsze informacje o ubezpieczeniu na życie Warta Dla Ciebie i Rodziny. Karta Produktu nie jest częścią umowy ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie oraz pomóc klientowi w zrozumieniu jego cech.

Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie Warta Dla Ciebie i Rodziny (OWU), w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Podstawowe informacje o ubezpieczeniu



Warta Dla Ciebie i Rodziny to produkt ochronny, skierowany do osób poniżej 80. roku życia, oferujący zabezpieczenie finansowe ubezpieczonemu i jego najbliższemu, w przypadku trudnych sytuacji losowych (w chorobie oraz po wypadku). Ubezpieczenie oferuje zakres ochrony dostosowany do potrzeb ubezpieczeniowych: osób posiadających rodzinę, samotnego rodzica z dzieckiem, par, singli, osób po 66. roku życia oraz osób o szczególnym statusie majątkowym.

Ubezpieczający	<ul style="list-style-type: none"> Osoba fizyczna, która zawiera z ubezpieczycielem umowę.
Ubezpieczony	<ul style="list-style-type: none"> Osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia, może nią być jedynie ubezpieczający. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 80 lat. Ubezpieczony jest wskazany w umowie.
Współubezpieczony	<ul style="list-style-type: none"> Osoba fizyczna będąca małżonkiem albo partnerem ubezpieczonego, rodzicem ubezpieczonego, rodzicem małżonka albo partnera ubezpieczonego, dzieckiem ubezpieczonego, dzieckiem syna lub córki ubezpieczonego, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia.
Uprawniony	<ul style="list-style-type: none"> Osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie. Ubezpieczony wskazuje uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci; w przypadku pozostałych ryzyk ubezpieczeniowych uprawnionym jest on sam.
Umowa ubezpieczenia (umowa)	<ul style="list-style-type: none"> Umowa zawarta na podstawie OWU za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający. Na mocy umowy: <ul style="list-style-type: none"> ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Zawarcie umowy	<ul style="list-style-type: none"> Warunkiem zawarcia umowy jest: <ul style="list-style-type: none"> złożenie wniosku polisy przez ubezpieczającego zawierającej odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, opłacenie składki, akceptacja umowy przez ubezpieczyciela.
Wariant ubezpieczenia/ pakiety dodatkowe	<ul style="list-style-type: none"> Zakres ochrony ubezpieczeniowej określony jest przez ubezpieczyciela w wariantach ubezpieczenia lub w pakietach dodatkowych. Wybrany przez ubezpieczającego wariant ubezpieczenia lub wybrane pakiety dodatkowe wskazane są we wniosku polisy lub w aneksie do wniosku polisy.
Okres ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów.
Wiek wstępu	<ul style="list-style-type: none"> Ubezpieczonym może zostać osoba w wieku od 18 do 80 roku życia, z następującymi wyjątkami: <ul style="list-style-type: none"> zawarcie umowy ubezpieczenia w wariantach „Dla Ciebie 66 Plus – Życie” jest możliwe w przypadku ukończenia przez ubezpieczonego 66. roku życia i nieukończenia 80. roku życia, zawarcie umowy ubezpieczenia w wariantach: „Dla Ciebie – Życie”, jest możliwe tylko do nieukończenia 55. roku życia przez ubezpieczonego, zawarcie umowy ubezpieczenia we wszystkich pozostałych wariantach jest możliwe do nieukończenia 66. roku życia przez ubezpieczonego.

<p>Zakres ubezpieczenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zakres ochrony zależy jest od wybranego przez ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia oraz pakietów dodatkowych. <p>Przykładowe ryzyka ubezpieczeniowe wchodzące w skład Wariantu „Dla Rodziny – Życie”:</p> <ul style="list-style-type: none"> – śmierć ubezpieczonego – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku – śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy – powstanie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku – powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego – powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku – wystąpienie poważnego zachorowania ubezpieczonego – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby – pobyt ubezpieczonego w szpitalu na OIOM (jednorazowe z tytułu choroby) – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku – pobyt ubezpieczonego w szpitalu OIOM (jednorazowe z tytułu wypadku) – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: zawał serca, udar mózgu – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: wypadek komunikacyjny – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: wypadek przy pracy – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: wypadek komunikacyjny przy pracy – pobyt ubezpieczonego w szpitalu Plus: rekonwalescencja poszpitalna z tytułu choroby lub wypadku – operacja ubezpieczonego – leczenie specjalistyczne ubezpieczonego – śmierć małżonka albo partnera – śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku – śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego – śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu – śmierć dziecka – śmierć dziecka w wyniku wypadku – osierocenie dziecka przez ubezpieczonego – urodzenie się dziecka – urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną – śmierć noworodka – śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera – śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku – Pakiet medyczny Dla Rodziny <ul style="list-style-type: none"> • Szczegółowe informacje dotyczące warunków umowy są opisane w OWU.
<p>Miejsce obowiązywania umowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ubezpieczenie obejmuje zdarzenia powstałe na całym świecie, z następującym wyjątkiem: <ul style="list-style-type: none"> – ryzyka ubezpieczeniowe dotyczące pobytu w szpitalu małżonka albo partnera, dziecka oraz ryzyko ubezpieczeniowe dotyczące operacji dziecka, obejmują placówki znajdujące się w Polsce oraz 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, Wielkiej Brytanii; – zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Pakietu medycznego: „Dla Rodziny”, „Dla Ciebie 66 Plus”, „Dla Rodzica oraz Rodzica Małżonka albo Partnera”, „Aktywni”, „Choroby Cywilizacyjne”, „Zdrowie Plus”, „Onkologiczny”, „Kardiologiczny”, Pakietu medycznego „Teleopieka kardiologiczna”, obejmuje zdarzenia mające miejsce w Polsce.
<p>Początek ochrony</p>	<ul style="list-style-type: none"> • W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, renty w przypadku śmierci ubezpieczonego, śmierć małżonka albo partnera, śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, śmierć rodzica oraz rodzica małżonka albo partnera, śmierć dziecka, osierocenia dziecka, śmierć noworodka, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, powstania czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, operacji ubezpieczonego, leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienia u małżonka albo partnera poważnego zachorowania, wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjny, zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne, świadczenia pomocowego po udarze mózgu, świadczenia pomocowego po zawale serca, leczenia specjalistycznego dziecka, operacji dziecka, powikłania operacji dziecka – ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego: <ul style="list-style-type: none"> – we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki na rachunek ubezpieczyciela, – w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe). • W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: urodzenia się dziecka, urodzenia się wnuka – ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy, licząc od dnia wskazanego: <ul style="list-style-type: none"> – we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki na rachunek ubezpieczyciela, – w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe). • W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: pobytu ubezpieczonego w szpitalu (pobyt w wyniku choroby), pobytu małżonka albo partnera w szpitalu (pobyt w wyniku choroby), pobytu dziecka w szpitalu (pobyt w wyniku choroby), pobytu ubezpieczonego w szpitalu PLUS (pobyt w wyniku choroby), pobytu małżonka albo partnera w szpitalu PLUS (pobyt w wyniku choroby), rekonwalescencji dziecka – ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego: <ul style="list-style-type: none"> – we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki na rachunek ubezpieczyciela, – w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe).

	<ul style="list-style-type: none"> W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, drugiej opinii medycznej dziecka – ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy, licząc od dnia wskazanego: <ul style="list-style-type: none"> we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki na rachunek ubezpieczyciela, w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia (w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, o pakiet dodatkowy, w którym występują powyższe ryzyka ubezpieczeniowe). Ponadto do ww. okresów ograniczenia odpowiedzialności, zalicza się okres opłacania składki z poprzednich umów grupowego ubezpieczenia, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. lub z innym ubezpieczycielem. Szczegółowe informacje dotyczące odpowiedzialności ubezpieczyciela są opisane w OWU.
Koniec ochrony	<ul style="list-style-type: none"> Ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego kończy się: <ul style="list-style-type: none"> w dzień poprzedzający pierwszą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat, z następującym zastrzeżeniem: <ul style="list-style-type: none"> w przypadku wybrania przez ubezpieczającego Wariantu „Dla Ciebie 66 Plus – Życie” ochrona ubezpieczeniowa względem ubezpieczonego kończy się w dzień poprzedzający pierwszą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 lat, z dniem śmierci ubezpieczonego, z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia, z ostatnim dniem miesiąca polisowego, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę, z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki, w przypadku nieopłacenia składki, z upływem okresu na jaki umowa została zawarta.
Rezygnacja z umowy	<ul style="list-style-type: none"> Ubezpieczający może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia. Ubezpieczający może w dowolnym momencie wypowiedzieć umowę ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym złożył wypowiedzenie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
Składka	<ul style="list-style-type: none"> Wysokość składki zależy od: zakresu ochrony ubezpieczeniowej i od wysokości świadczeń na danych ryzykach ubezpieczeniowych. Składka opłacana jest miesięcznie. Pierwszą składkę należy wpłacić najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu zawarcia umowy. Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, w terminie 14 dni licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia, oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia z upływem tego terminu. Kolejne składki płatne są z góry, to znaczy do ostatniego dnia okresu poprzedzającego okres, za który składka jest należna. Dniem wpłaty składki jest dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy na rachunek ubezpieczyciela. Jeśli druga i kolejna składka nie zostanie wpłacona w wyznaczonym terminie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
Suma świadczenia/ Świadczenie	<ul style="list-style-type: none"> Suma ubezpieczenia dla danego ryzyka ubezpieczeniowego, wskazana jest we wnioskopolisie, albo w aneksie do wnioskopolisy.
Wyłączenia odpowiedzialności	<ul style="list-style-type: none"> W przypadku śmierci ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku: <ul style="list-style-type: none"> samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, ratownik górski, ratownik górniczy, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na pływającej platformie wiertniczej, 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. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności, na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wyłączenia odpowiedzialności znajdują się w OWU.
Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego	<ul style="list-style-type: none"> Wniosek o wypłatę świadczenia uprawniony składa bezpośrednio do ubezpieczyciela: <ul style="list-style-type: none"> za pomocą formularza dostępnego na stronie: www.warta.pl/pomoc-i-obsługa/zgłoszenie-szkody/, w dowolnej placówce ubezpieczyciela.
Reklamacje	<ul style="list-style-type: none"> Reklamacje mogą być składane ubezpieczycielowi: <ul style="list-style-type: none"> na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów; na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJA1-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje; ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo zwrócić się o pomoc do Rzecznika Finansowego. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest: <ul style="list-style-type: none"> Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl), Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

Opodatkowanie świadczeń

- Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych.
- Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny.



KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

	UBEZPIECZAJĄCY	UBEZPIECZONY/WSPÓŁUBEZPIECZONY
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. , z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta”). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl .	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz z jej zawarciem.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do przygotowania wniosku (tj. podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy). W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy a w przypadku przedsiębiorców przez 3 lata, od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej;	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego oraz wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej.
	2) analizy potrzeb i wymagań, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń.	W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte w wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.
	W celu analizy potrzeb i wymagań Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady zawierania umów ubezpieczenia. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie badania potrzeb (APK). Konsekwencją takiego przetwarzania będzie rozpoznanie Pani/Pana zindywidualizowanych potrzeb i wymagań oraz zaproponowanie umowy ubezpieczenia, której charakter i zakres odpowiadają tym potrzebom i wymaganiom. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.	
	W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń;	
	2) realizacji przepisów: a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów;	
	b) ustawy o wykonywaniu umowy między rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;	
	c) ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (AML/CFT), w tym także w celu wypełnienia obowiązków tej ustawy w zakresie identyfikacji i weryfikacji tożsamości klientów.	
	3) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia;	4) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia;
	5) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty;	
	6) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu;	

CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	<p>7) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń;</p> <p>8) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno–ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno–ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym od Warty roszczeniem;</p> <p>9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń;</p> <p>10) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenie standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia;</p> <p>11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.</p>	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/ PANU PRAWO	<p>Przysługuje Pani/Panu prawo do:</p> <p>1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę;</p> <p>2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne;</p> <p>3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłada to realizacji umowy lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa);</p> <p>4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania;</p> <p>5) przeniesienia swoich danych – czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy; ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;</p> <p>6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę; pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu do przetwarzania tych danych osobowych, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.</p> <p>7) wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).</p> <p>Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.</p> <p>Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.</p>	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	<p>W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl, lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce Kontakt. Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.</p>	
ODBIORCY DANYCH	<p>Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.</p> <p>Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.</p>	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	<p>Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.</p>	<p>Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.</p>
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	<p>Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.</p>	