warta.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia na życie Warta Ekstrakontynuacja Plus

WARTA EKSTRAKONTYNUACJA PLUS

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia na Życie

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia na Życie 3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia 7
Suma ubezpieczenia 9
Zawarcie umowy ubezpieczenia 9
Składka 10
Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela 10
Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela 12
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela 14
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela z tytułu zakresu podstawowego 15
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela z tytułu Pakietu Moje Zdrowie 15
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela z tytułu Pakietu Dziecko 17
Postanowienia końcowe 19
II. Załącznik nr 1 Warta Teleopieka Kardiologiczna 21
III. Załącznik nr 2 Warta Opieka dla Ciebie, Warta Opieka dla Ciebie 55 plus 24
IV. Załącznik nr 3 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu 35
V. Załącznik nr 4 Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy 51
VI. Załącznik nr 5 Katalog Operacji 56
VII. Załącznik nr 6 Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy 73
VIII. Załącznik nr 7 Tabela stanów chorobowych 77

RODZAJ INFORMACJI	Jednostka redakcyjna OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§10-§14 ust. 18-22 Załącznika nr 1 do OWU ust. 14-18 Załącznika nr 2 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§6 §9-§13 ust. 8-11 Załącznika nr 1 do OWU ust. 12-13 Załącznika nr 2 do OWU

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej: OWU lub Warunki) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. (zwane dalej: ubezpieczycielem), z ubezpieczającymi, którzy występują z grupowego ubezpieczenia na życie zawartego z ubezpieczycielem.
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
   1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego lub dziecka, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku choroby, pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, pobytu dziecka na OIOM w wyniku choroby, operacji ubezpieczonego w wyniku choroby, ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona bez względu na datę diagnozy choroby;
   2) **dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w odrębnych przepisach;
   3) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego;
   4) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym ubezpieczony lub dziecko przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
   5) **ICD 10** – Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowaną przez Światową Organizację Zdrowia (klasyfikacja chorób według ICD 10 jest to system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami);
   6) **katalog poważnych zachorowań podstawowy** – „Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy" stanowiący załącznik nr 4 do OWU;
   7) **katalog operacji** – „Katalog Operacji" stanowiący załącznik nr 5 do OWU;
   8) **katalog poważnych zachorowań dziecka podstawowy** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy" stanowiący załącznik nr 6 do OWU;
   9) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy), powołanego przez ubezpieczyciela, wydającego opinię w sprawie zasadności wypłaty świadczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
   10) **kwota bazowa** – kwotę określaną w umowie ubezpieczenia, stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby oraz operacji dziecka w wyniku wypadku lub choroby;
   11) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
   12) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
   13) **nagłe zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela u ubezpieczonego w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego figurujący w Tabeli stanów chorobowych, stanowiącej załącznik nr 7 do niniejszych Warunków, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący hospitalizacją ubezpieczonego;
   14) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia; za OIOM uważa się również 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;
   15) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, wymieniony w katalogu operacji;
   16) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny, wykonany w związku z wcześniejszym zabiegiem operacyjnym;
   17) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przed dniem ukończenia przez dziecko 25 roku życia;
   18) **Warta Opieka dla Ciebie** – pakiet świadczeń określony w załączniku nr 2 do OWU;
   19) **Warta Opieka dla Ciebie 55 plus** – pakiet świadczeń określony w załączniku nr 2 do OWU;
   20) **osoba uprawniona (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;
   21) **pakiet dodatkowy** – określone w umowie ubezpieczenia rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej;
   22) **partner** – osobę wskazaną przez ubezpieczonego, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, 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 świadczeń 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, na terytorium Polski, krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki, hospicjum lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; niniejsza definicja dotyczy operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku oraz operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku;
24) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
25) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań podstawowym lub w katalogu poważnych zachorowań dziecka podstawowym, zdiagnozowany lub leczony w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danej umowy ubezpieczenia;
26) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia;
27) **rodzic**:
    a) naturalnego rodzica 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 zgonu 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;
28) **rodzic małżonka lub rodzic partnera**:
    a) naturalnego ojca lub matkę małżonka lub partnera ubezpieczonego, lub
    b) osobę, która dokonała przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego, lub
    c) ojczyma lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyma lub macochę rozumie się:
        i. osobę, która w dniu zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub śmierci rodzica partnera pozostawała w związku małżeńskim odpowiednio z naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
        ii. wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpił/a ponownie w związek małżeński,
    d) naturalnego ojca lub matkę zmarłego małżonka lub zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub 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;
29) **rok polisowy** – okres rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy i trwający rok;
30) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA" Spółka Akcyjna w Warszawie;
31) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działające zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym;
32) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją statku wodnego;
33) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia i potwierdzoną w polisie, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
34) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Polski lub na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
35) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu lub usługę, którą ubezpieczyciel realizuje na rzecz uprawnionego - w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
36) **tabela norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabelę stanowiącą załącznik nr 3 do OWU;
37) **tabela stanów chorobowych** – tabelę stanowiącą załącznik nr 7 do OWU, uprawniających ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, zgodnie z definicją nagłego zachorowania kardiologicznego;
38) **teleopieka kardiologiczna** – zakres świadczeń realizowanych na zasadach określonych w załączniku nr 1 do OWU;
39) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony (lub dziecko) uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję lub fizyczną utratę narządu, lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad narządem;
40) **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia;
41) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, która była objęta odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach grupowej umowy ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający;

42) **ubezpieczenie lekowe dziecka** – środki wypłacane ubezpieczonemu na zakup produktów dostępnych w aptekach, przysługujące po pobycie dziecka w szpitalu;
43) **udar mózgu** – powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
    a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
    b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu (warunek ten nie dotyczy śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu),
    c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

    Za udar nie uznaje się:
    a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
    b) zawałów mózgu lub krwawień śródczaszkowych spowodowanych zewnętrznym urazem,
    c) wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych,
    d) jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonych objawów klinicznych,
    e) symptomów spowodowanych migreną,
    f) chorób naczyń wpływających na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
    g) niedokrwienia spowodowanego niewydolnością kręgowo-podstawną (objawów niewydolności kręgowo - podstawnej);
44) **umowa grupowego ubezpieczenia na życie** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której życie ubezpieczonego było objęte ochroną ubezpieczeniową, kontynuowana w ramach umowy ubezpieczenia;
45) **umowa ubezpieczenia** – (zwana również: umową) 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 osoby uprawnionej, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
46) **uraz niepowodujący powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie Pakietu Moje Zdrowie, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujące trwałego uszczerbku na zdrowiu;
47) **urodzenie się dziecka ubezpieczonemu** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia;
48) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
49) **wariant ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym, wybierany przez ubezpieczającego;
50) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub dzieckiem, których przedmiotem ubezpieczenia jest ich życie lub zdrowie;
51) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, partnera ubezpieczonego, rodzica ubezpieczonego, rodzica małżonka ubezpieczonego, rodzica partnera ubezpieczonego, 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. Za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu.;
52) **wypadek komunikacyjny** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji przez straż miejską, sąd, prokuraturę w związku z ruchem (nie jest wypadkiem komunikacyjnym wypadek powstały w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch):
    a) lądowych pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego, w którym ubezpieczony 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 brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy wywołany:
        i. działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
        ii. wywróceniem się pojazdu, lub
        iii. pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego
    b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
    c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi,
53) **wypadek w szkole** – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie Pakietu Dziecko, zakwalifikowany jako wypadek w szkole lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe, w związku z uczestniczeniem w zajęciach szkolnych, podczas których realizowany jest pod nadzorem pedagogiczno-dydaktycznym program nauczania, uwzględniający podstawę programową kształcenia uczniów w konkretnej szkole lub klasie;
54) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie u ubezpieczonego rodzaju poważnego zachorowania na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych wykonanych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz zaistnienie następujących okoliczności również w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
    a) w przypadku zachorowania:

i. choroba Alzheimera,
ii. choroba Creutzfeldta-Jakoba,
iii. choroba Huntingtona,
iv. choroba Leśniowskiego-Crohna,
v. choroba Parkinsona,
vi. dystrofia mięśniowa,
vii. łagodny nowotwór mózgu,
viii. łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,
ix. nowotwór złośliwy,
x. porażenie kończyny niespowodowane wypadkiem,
xi. porażenie kończyn niespowodowane wypadkiem,
xii. przewlekła (schyłkowa) niewydolność oddechowa.
xiii. przewlekła (schyłkowa) niewydolność wątroby,
xiv. przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
xv. przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
xvi. śpiączka,
xvii. twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
xviii. udar mózgu,
xix. utrata mowy,
xx. utrata słuchu niespowodowanego wypadkiem,
xxi. utrata wzroku niespowodowanego wypadkiem,
xxii. zapalenie mózgu,
xxiii. zawał serca

– postawienie diagnozy opartej na kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogupoważnych zachorowań, udokumentowanej adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcie koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,

b) w przypadku:
i. choroby wieńcowej leczonej operacyjnie,
ii. przeszczepu narządu,
iii. tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej leczonego operacyjnie,
iv. tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej leczonego operacyjnie,
v. wady zastawek serca leczonej operacyjnie

– przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,

c) w przypadku:
i. anemii aplastycznej,
ii. niewydolności nerek,

– rozpoczęcie specjalistycznego leczenia

d) w przypadku:
i. oparzenia
ii. pourazowego uszkodzenia mózgu,
iii. porażenia kończyny
iv. porażenia kończyny
v. utraty kończyny,
vi. utraty kończyn,
vii. utraty słuchu,
viii. utraty wzroku,

– zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

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

a) w przypadku zachorowania:
i. bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
ii. choroba Kawasaki,
iii. dystrofia mięśniowa,
iv. łagodny nowotwór mózgu,
v. nabyta niedokrwistość hemolityczna,
vi. nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis),
vii. nowotwór złośliwy,
viii. porażenie kończyn niespowodowane wypadkiem,
ix. przewlekła (schyłkowa) niewydolność wątroby,
x. śpiączka,
xi. tężec,
xii. utrata słuchu niespowodowana wypadkiem,
xiii. utrata wzroku niespowodowana wypadkiem
xiv. wirusowe zapalenie mózgu,
xv. zakażenie wirusem HIV Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)

– 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:
   i. operacji serca w krążeniu pozaustrojowym
   – przeprowadzenia operacji,
c) w przypadku:
   i. anemii aplastycznej,
   ii. cukrzycy,
   iii. niewydolności nerek,
   – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia
d) przypadku:
   i. oparzenia
   ii. porażenia kończyn,
   iii. utraty kończyn,
   – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

56) **wystąpienie z grupowego ubezpieczenia na życie** – wystąpienie ubezpieczonego z umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie; zakład opieki zdrowotnej – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;

57) **zawał serca** – powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:
   a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
   b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.

   Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

   Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:
   a) każde zdarzenie, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa);
   b) podwyższenie biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
§2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego i współubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym, która obejmuje ryzyka przedstawione poniżej:

Pkt.	Ryzyko	Wysokość świadczenia określona jako % sumy ubezpieczenia				
		Wariant Prosty		Wariant Optymalny		
		Zakres umowy ubezpieczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego				
		nieukończony 70 rok życia	ukończony 70 rok życia	nieukończony 56 rok życia	ukończony 56 rok życia i nieukończony 70 rok życia	ukończony 70 rok życia
1)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku: - za każdy 1% trwałego uszczerbku - za 100% trwałego uszczerbku	4% 400%		4% 400%		
2)	Poważne zachorowanie ubezpieczonego, katalog podstawowy			70%	35%	
3)	Śmierć ubezpieczonego	100%	100%	100%	100%	100%
4)	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku (niezależnie od pkt 3) powyżej)	50%	50%	100%	100%	100%
5)	Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego (niezależnie od pkt 3) i 4) powyżej)	50%	50%	100%	100%	100%
6)	Śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu (niezależnie od pkt 3) powyżej)			100%	100%	

Pkt.	Ryzyko	Wysokość świadczenia określona jako % sumy ubezpieczenia				
		Wariant Prosty		Wariant Optymalny		
		Zakres umowy ubezpieczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego				
		nieukończony 70 rok życia	ukończony 70 rok życia	nieukończony 56 rok życia	ukończony 56 rok życia i nieukończony 70 rok życia	ukończony 70 rok życia
7)	Śmierć małżonka lub partnera			50%	50%	50%
8)	Śmierć małżonka lub partnera w wyniku wypadku (niezależnie od pkt 7) powyżej)			50%	50%	50%
9)	Śmierć rodzica			20%	10%	
10)	Śmierć rodzica w wyniku wypadku (niezależnie od pkt 9) powyżej)			20%	10%	
11)	Śmierć rodzica małżonka lub rodzica partnera			20%	10%	
12)	Śmierć rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku (niezależnie od pkt 11) powyżej)			20%	10%	
13)	Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego			50%	50%	
14)	Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu			10%		

3. W przypadku śmierci ubezpieczonego jeśli przyczyną zdarzenia jest zawał serca lub udar mózgu, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie łączne stanowiące sumę kwot odpowiednich dla ryzyk określonych w ust. 2 pkt 3) i 6).
4. W przypadku śmierci ubezpieczonego jeśli przyczyną zdarzenia jest wypadek, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie łączne stanowiące sumę kwot odpowiednich dla ryzyk określonych w ust. 2 pkt 3)-4).
5. W przypadku śmierci ubezpieczonego jeśli przyczyną zdarzenia jest wypadek komunikacyjny, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie łączne stanowiące sumę kwot odpowiednich dla ryzyk określonych w ust. 2 pkt 3)-5).
6. W przypadku śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie łączne stanowiące sumę kwot odpowiednich dla ryzyk określonych w ust. 2 pkt 7)-8).
7. W przypadku śmierci rodzica w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie łączne stanowiące sumę kwot odpowiednich dla ryzyk określonych w ust. 2 pkt 9)-10).
8. W przypadku śmierci rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie łączne stanowiące sumę kwot odpowiednich dla ryzyk określonych w ust. 2 pkt 11)-12).
9. Za zgodą ubezpieczyciela zakres podstawowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o pakiety dodatkowe:
   a) na etapie zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie ze wskazaniem na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
   b) w miesięcznicę polisy - przy czym aby ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pakietu dodatkowego rozpoczęła się od najbliższego miesiąca polisowego:
      i. dyspozycja powinna zostać złożona przez ubezpieczającego, nie później niż na 14 dni przed najbliższą miesięcznicą polisy
      i
      ii. składka w wysokości uwzględniającej rozszerzony zakres ubezpieczenia powinna zostać opłacona do najbliższej miesięcznicy polisy.

   Ubezpieczyciel potwierdzi zastosowanie pakietu dodatkowego wraz z określeniem daty rozpoczęcia ochrony.
10. W ramach Pakietu Moje Zdrowie ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poniższych ryzyk:

Pkt.	Ryzyko	Wysokość świadczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego	
		nieukończony 56 rok życia	ukończony 56 rok życia i nieukończony 70 rok życia
1)	Operacje ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby	2000 zł (kwota bazowa)	1000 zł (kwota bazowa)
2)	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby	100 zł za dzień	50 zł za dzień
3)	Pobyt ubezpieczonego na OIOM w wyniku choroby	500 zł	
4)	Warta Teleopieka kardiologiczna	Zgodnie z załącznikiem nr 1 do OWU	
5)	Pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku	200 zł za dzień (do 14 dnia) 100 zł za dzień (od 15 dnia)	100 zł za dzień (do 14 dnia) 50 zł za dzień (od 15 dnia)
6)	Pobyt ubezpieczonego na OIOM w wyniku wypadku	500 zł	

Pkt.	Ryzyko	Wysokość świadczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego	
		nieukończony 56 rok życia	ukończony 56 rok życia i nieukończony 70 rok życia
7)	Uraz niepowodujący powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego	100 zł	
8)	Warta Opieka dla Ciebie	zgodnie z załącznikiem nr 2 do OWU	
9)	Warta Opieka dla Ciebie 55 plus		zgodnie z załącznikiem nr 2 do OWU

11. Zawarcie lub rozszerzenie umowy o Pakiet Moje Zdrowie jest możliwe do dnia poprzedzającego 70 urodziny ubezpieczonego, a ochrona z tytułu Pakietu Moje Zdrowie wygasa w rocznicę polisy następującą bezpośrednio po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
12. W ramach Pakietu Dziecko ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poniższych ryzyk:

Pkt.	Ryzyko	Wysokość świadczenia
1)	Operacje dziecka w wyniku wypadku lub choroby	1500 zł (kwota bazowa)
2)	Ubezpieczenie lekowe dziecka	100 zł
3)	Poważne zachorowanie dziecka (katalog podstawowy)	3000 zł
4)	Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby	100 zł za dzień (do 14 dnia) 50 zł za dzień (od 15 dnia)
5)	Pobyt dziecka na OIOM w wyniku choroby	500 zł
6)	Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku: - za każdy 1 % uszczerbku - za 100% uszczerbku	 100 zł 10.000 zł
7)	Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku wypadku	100 zł za dzień (do 14 dnia) 50 zł za dzień (od 15 dnia)
8)	Pobyt dziecka na szpitalu w wyniku wypadku w szkole	100 zł za dzień (za pierwsze 14 dni)
9)	Pobyt dziecka na OIOM w wyniku wypadku	500 zł

13. Wysokości świadczeń, o których mowa w ust 2. mogą podlegać ograniczeniu kwotowemu.
14. Wysokość świadczeń wskazana jest w polisie.
15. W przypadku, gdy wynikająca z umowy ubezpieczenia grupowego wysokość świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest niższa niż wysokość świadczenia określona w ust. 2, wówczas w umowie ubezpieczenia ma zastosowanie wysokość świadczenia z tytułu tego zdarzenia określona w umowie ubezpieczenia grupowego.
16. Zakres ochrony z tytułu zawieranej umowy ustalany jest odpowiednio do wieku ubezpieczonego na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy.
17. W trakcie trwania ochrony, w zakresie Wariantu Optymalnego, dla ryzyk wskazanych w ust. 2 pkt 2), 9)-12) oraz w zakresie Pakietu Moje Zdrowie dla ryzyk wskazanych w ust. 10 pkt 1)-2), 5), zmiana wysokości świadczeń następuje w najbliższą rocznicę polisy po ukończeniu przez ubezpieczonego 56 roku życia.

Suma ubezpieczenia
§3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i jest potwierdzana w polisie.
2. Suma ubezpieczenia nie może być wyższa niż suma świadczenia za śmierć ubezpieczonego obowiązująca dla tego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego w ostatnim dniu miesiąca, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, przy czym minimalna suma ubezpieczenia wynosi 5 000 zł.

Zawarcie umowy ubezpieczenia
§4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest z dniem następnym po dacie późniejszego ze zdarzeń: wpływu do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz opłaceniu pierwszej składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki, z zastrzeżeniem ust. 4 i 12.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres ubezpieczenia, który trwa 1 rok:
   1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia,

2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności pisemnie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.

4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4. stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego pisemnego wezwania, z zastrzeżeniem ust. 12.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Wszystkie dane ubezpieczonego, współubezpieczonych oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
9. Ubezpieczyciel, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 1 potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia, doręczając ubezpieczającemu polisę oraz informację dotyczącą trybu opłacania składek, z zastrzeżeniem ust. 12.
10. W przypadku jeśli nie spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 1 lub 6 nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia, a wpłacona składka ubezpieczeniowa w terminie 30 dni od dnia wezwania ubezpieczającego do uzupełnienia wniosku zostaje zwrócona bez odsetek na wskazany we wniosku adres korespondencyjny bądź numer konta bankowego.
11. W przypadku nieopłacenia pierwszej składki w terminie w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela, w terminie 30 dni od dnia wpływu do ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia. W takim wypadku wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia uznaje się za bezskuteczny.
12. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Składka
§5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę niezwłocznie po podpisaniu wniosku, nie później niż w terminie 30 dni od daty wpływu wniosku do ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 6 ust 2.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna włącznie.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. Składkę uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty będzie niższa niż wynikająca z umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku niezapłacenia składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 4 ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
7. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości opłacania składki, sumy ubezpieczenia i zakresu ryzyk oraz pakietów dodatkowych.
8. Składka nie podlega indeksacji.
9. Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować nową wysokość składki lub sumy ubezpieczenia najpóźniej na 45 dni przed rocznicą umowy ubezpieczenia.

Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela
§6

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w okresie nieprzekraczającym 3 miesięcy, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność ubezpieczyciela - z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz pakietów dodatkowych w zakresie ryzyk, w ramach których ubezpieczony lub współubezpieczony byli objęci ochroną z tytułu grupowej umowy na życie w dniu wystąpienia z tej umowy - rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wpływu do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki w wysokości, o której mowa w § 5 ust. 1, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w § 4 ust. 1, z zastrzeżeniem iż odpowiedzialność z tytułu danych ryzyk nie może rozpocząć się wcześniej niż po zakończeniu okresu, w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona w zakresie tych ryzyk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. W przypadku niezapłacenia pierwszej składki w pełnej wysokości o której mowa w § 5 ust. 1 i w terminie, o którym mowa w § 5 ust. 3, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki w pełnej wysokości, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonego z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie pod warunkiem doręczenia do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 11.
3. W przypadku, gdy zakres ochrony w umowie grupowego ubezpieczenia na życie nie obejmował ryzyk wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 2), 6)-7), 9), 11), 13) i 14) i umowa zawierana jest w okresie nieprzekraczającym 3 miesięcy, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk z zakresu podstawowego umowy ubezpieczenia tj.:
   1) Poważne zachorowanie ubezpieczonego

2) Śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu
3) Śmierć małżonka lub partnera
4) Śmierć rodzica
5) Śmierć rodzica małżonka lub rodzica partnera
6) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego

- rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 14, a w przypadku ryzyka Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu
- po upływie 9 miesięcy, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy zakres ochrony w umowie grupowego ubezpieczenia na życie nie obejmował ryzyk z zakresu Pakietu Moje Zdrowie wymienionych w § 2 ust. 10 pkt 1)-3) i umowa w zakresie Pakietu Moje Zdrowie zawierana jest w okresie nieprzekraczającym 3 miesięcy, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu:
   1) Operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba - rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie,
   2) Pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie,
   3) Pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie.
6. W przypadku, gdy zakres ochrony w umowie grupowego ubezpieczenia na życie nie obejmował ryzyk z zakresu Pakietu Dziecko wymienionych w §2 ust. 7 pkt 1), 3)-5) i umowa w zakresie Pakietu Dziecko zawierana jest w okresie nieprzekraczającym 3 miesięcy, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie odpowiedzialność ubezpieczyciela z ubezpieczenia z tytułu:
   1) Operacji dziecka w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   2) Poważnego zachorowania dziecka – rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko, przy czym dla zdarzeń powstałych w wyniku wypadku – odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   3) Pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   4) Pobytu dziecka na OIOM w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko.
7. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w okresie przekraczającym 3 miesiące, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, ochrona z tytułu zdarzeń:
   1) Śmierć ubezpieczonego
   2) Poważne zachorowanie ubezpieczonego
   3) Śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu
   4) Śmierć małżonka lub partnera
   5) Śmierć rodzica
   6) Śmierć rodzica małżonka lub rodzica partnera
   7) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,

   rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 4 i 14, a w przypadku ryzyka Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu - po upływie 9 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia w zakresie Pakietu Moje Zdrowie zawierana jest lub rozszerzana o zakres Pakietu Moje Zdrowie w okresie przekraczającym 3 miesiące, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu:
   1) Operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba - rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie,
   2) Pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie,
   3) Pobytu ubezpieczonego: na OIOM w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie.
9. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia w zakresie Pakietu Dziecko zawierana jest lub rozszerzana o zakres Pakietu Dziecko w okresie przekraczającym 3 miesiące, licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu:
   1) Operacji dziecka w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   2) Poważnego zachorowania dziecka - rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   3) Poważnego zachorowania dziecka powstałego w wyniku wypadku - rozpoczyna się w od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   4) Pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko,
   5) Pobytu dziecka na OIOM w wyniku choroby - rozpoczyna się po upływie miesiąca, licząc od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko.
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
11. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk:
   1) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku

2) Poważne zachorowanie ubezpieczonego, katalog podstawowy
3) Śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu
4) Śmierć rodzica
5) Śmierć rodzica w wyniku wypadku
6) Śmierć rodzica małżonka lub rodzica partnera
7) Śmierć rodzica małżonka lub rodzica partnera w wyniku wypadku
8) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego

oraz z tytułu ryzyk w Pakiecie Moje Zdrowie kończy się w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia.

12. Odpowiedzialność z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu kończy się w najbliższą rocznicę polisy po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 56 roku życia.
13. Odpowiedzialność z tytułu ryzyk:
    1) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,
    2) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,

    oraz z tytułu ryzyk w Pakiecie Dziecko kończy się w najbliższą rocznicę polisy po ukończeniu przez dziecko 25 roku życia.
14. Ubezpieczyciel związany jest zgłoszeniem partnera jako współubezpieczonego przez ubezpieczonego począwszy od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po dniu ww. zgłoszenia, z zastrzeżeniem kolejnych postanowień.
15. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego, a następnie wskazania innego partnera jako współubezpieczonego, wskazanie takie jest skuteczne jeden raz w rocznym okresie ubezpieczenia.
16. W przypadku wycofania wskazania partnera jako współubezpieczonego oraz w przypadku dokonania zmiany partnera jako współubezpieczonego, o którym mowa w ust. 15, odpowiedzialność ubezpieczyciela względem partnera wskazanego wcześniej wygasa w dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
17. W przypadku wskazania lub zmiany partnera, w przypadku o którym mowa w ust. 1 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk śmierć małżonka lub partnera oraz śmierć rodzica małżonka lub partnera, jeśli przyczyną śmierci jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca polisowego po dacie dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania lub zmiany.
18. W przypadku wskazania lub zmiany partnera upływ terminów wskazanych w ust. 3 i 7 w odniesieniu do ryzyka śmierć małżonka lub partnera oraz śmierć rodzica małżonka lub partnera, jeśli przyczyną śmierci jest choroba, rozpoczyna bieg od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po dacie dostarczenia do ubezpieczyciela ww. wskazania lub zmiany.
19. W przypadku rezygnacji z pakietu Moje Zdrowie lub Dziecko, ochrona wygasa w najbliższą miesięcznicę polisy po dacie wpływu wniosku o rezygnację.

§7

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 6,
4) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci,
5) złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 1), z upływem okresu ubezpieczenia.

§8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty jej zawarcia albo od dnia otrzymania dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, pisemnie ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie.
3. W przypadku gdy przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1 za zgodą konsumenta rozpoczął się okres ochrony ubezpieczeniowej, odstąpienie od umowy nie zwalnia od obowiązku opłacenia składki za taki okres. W takim wypadku wysokość należnej składki ustala się dzieląc kwotę składki określoną w polisie przez liczbę dni okresu ubezpieczenia określonego w polisie, a otrzymaną kwotę mnoży się przez liczbę dni faktycznie udzielanej ochrony.

Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela

§9

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
    1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
    2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
    3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach ryzyk ujętych w OWU, z zastrzeżeniem że wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela właściwe dla danego ryzyka znajdują się w postanowieniach ust. 5-31 poniżej, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku z:
    1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę przez ubezpieczonego, współubezpieczonego, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, współubezpieczonego,

2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem ubezpieczonego, współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
4) rozpoznaną u ubezpieczonego, współubezpieczonego chorobą psychiczną lub zaburzeniem psychicznym, nerwicowym, uzależnieniem,
5) prowadzeniem przez ubezpieczonego, współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
   a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem, lub
   b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,
   chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku,
6) udziałem ubezpieczonego, lub współubezpieczonego w aktywnościach sportowych: nurkowaniem wymagającym użycia specjalistycznego sprzętu, wspinaczką górską lub skałkową wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami wszelkimi pojazdami silnikowymi, sportami motorowodnymi, skoki na gumowej linie,
7) przewozem lotniczym ubezpieczonego, współubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego, współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, współubezpieczonego, osoby uprawnione lub inną osobę, przy ich współudziale lub za ich namową,
10) ciążą, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym, za wyjątkiem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
11) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
12) pozostawaniem ubezpieczonego, współubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, w hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
13) pozostawaniem ubezpieczonego, współubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
14) pozostawaniem ubezpieczonego, współubezpieczonego w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, na oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem ww. osób na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją,
15) uszkodzeniami ciała spowodowanymi leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane,
16) pełnieniem przez ubezpieczonego, małżonka, partnera, rodzica, rodzica małżonka, rodzica partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
17) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka, partnera, rodzica, rodzica małżonka, rodzica partnera eksperymentowi medycznemu,
18) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych,
19) z operacją chirurgiczną, w której ubezpieczony, małżonek, partner, rodzic, rodzic małżonka, rodzic partnera lub dziecko byli dawcą organów lub narządów,
20) przeprowadzeniem operacji zmiany płci, zmniejszenia lub powiększenia piersi,
21) przeprowadzeniem operacji związanej z leczeniem niepłodności,
22) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
23) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
24) zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego,
25) operacjami paliatywnymi w leczeniu nowotworów,
26) interwencjami stomatologicznymi,
27) zarażeniem się wirusem HIV,
28) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

3. W przypadku ryzyk śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, osierocenia dziecka, śmierci małżonka lub partnera, odpowiedzialnością ubezpieczyciela, nie są objęte zdarzenia powstałe w związku samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego oraz odpowiednio małżonka lub partnera, dziecka, w ciągu 24 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-4), 6), 8), 9), 27) OWU. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w § 9 ust. 2 pkt 27) OWU nie ma zastosowania w przypadku następujących poważnych zachorowań: zakażenie HIV/ Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi), zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem).
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.

7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9) OWU.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 2), 3), 6), 8), 9).
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 2), 3).
10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
11. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica, śmierci rodzica małżonka lub partnera oraz śmierci rodzica w wyniku wypadku oraz śmierci rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 2)-3).
13. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-4), 8)-11), 15)-23), 25) OWU.
14. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-11), 15)-19), 22), 23) OWU.
15. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU.
16. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku choroby jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU.
17. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Warta Teleopieka Kardiologiczna jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 6 załącznika nr 1 do OWU.
18. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU.
19. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22) OWU.
20. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urazu nieowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-9), 26) OWU.
21. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie oraz Warta Opieka dla Ciebie 55 plus jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 12 i 13 załącznika nr 2 do OWU.
22. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest choroba, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-4), 8)-11), 15-23), 25), 28) OWU.
23. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest wypadek, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-11), 15-19), 22), 23) OWU.
24. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania dziecka, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-4), 6), 8), 9), 27) OWU. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w § 9 ust. 2 pkt 27) OWU nie ma zastosowania w przypadku poważnego zachorowania dotyczącego zakażenia HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznania AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi).
25. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU.
26. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka na OIOM w wyniku choroby jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU.
27. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-9) OWU.
28. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU.
29. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU.
30. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka na OIOM w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w § 9 ust. 2 pkt 1)-6), 8), 9), 11), 14), 16), 22), 28) OWU.
31. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela

§10

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia lub w zakresie usług określonych w załącznika nr 1 i 2 do OWU realizuje na ich rzecz, z zastrzeżeniem postanowień § 14 ust. 9.
3. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń są:
   1) w przypadku śmierci ubezpieczonego – osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 16 ust. 3,
   2) w przypadku zdarzeń określonych w § 2 ust. 10 pkt 4), 8)-9) – zgodnie z treścią załączników nr 1 i 2 do OWU,
   3) dziecko – w przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego,
   4) ubezpieczony – w pozostałych przypadkach.
4. Świadczenie z tytułu zdarzeń powstałych w wyniku wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w szkole lub choroby może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, wypadkiem komunikacyjnym,

wypadkiem w szkole lub chorobą a zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.

5. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą z TUnŻ „WARTA" SA, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia powstałe w wyniku wypadku lub choroby, o ile wypadek nastąpił lub choroba była zdiagnozowana w okresie obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiekolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu 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.
7. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela z tytułu zakresu podstawowego

§11

1. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego za jeden wypadek.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ustala ubezpieczyciel lub komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
6. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu urazu niepowodującego powstania 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.
7. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
8. Z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania, które zdiagnozowano lub z powodu którego trwało postępowanie lecznicze u ubezpieczonego w okresie 3 lat kalendarzowych przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w okresie odpowiedzialności, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
10. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego 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.
11. 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.
12. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
13. Ochrona z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, dotyczy przypadków, w których zawał serca lub udar mózgu ubezpieczonego były zdiagnozowane lub leczone, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ww. ryzyka, z zastrzeżeniem ust. 14.
14. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia kontynuowanego objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA" S.A, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej umowy ubezpieczenia.
15. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca każdej osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela z tytułu Pakietu Moje Zdrowie

§12

1. Z tytułu ryzyk w zakresie Pakietu Moje Zdrowie ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie określone w § 2 ust. 10 pkt 1)-3), 5)-7) OWU.
2. Z tytułu ryzyk w zakresie Pakietu Moje Zdrowie ubezpieczyciel realizuje świadczenia na rzecz uprawnionych w zakresie określonym w § 2 ust. 10 pkt 4) i 8)-9).

3. Z tytułu ryzyka operacji ubezpieczonego odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje, przeprowadzone u ubezpieczonego w ciągu danego roku polisowego, z zastrzeżeniem ust. 9-11.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne przeprowadzone w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej.
5. 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 najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
6. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel, wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 5 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 10% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 30% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 50% kwoty bazowej,
   5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje niewymienione w katalogu operacji.
8. Kwota bazowa jest określana w polisie.
9. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonany więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie wg. stawki za najcięższą z wykonywanych operacji.
10. W okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenia z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. W przypadku gdy w okresie wskazanym w ust 10. będą wykonane dwie lub więcej operacje ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację ze wszystkich wykonanych w tym okresie, za którą przysługuje stawka z najcięższej wykonanej operacji.
12. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
13. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu - pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
14. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby rozpoczął się przed rozpoczęciem się ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie i zakończył się w trakcie trwania ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności, z zastrzeżeniem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby w trakcie ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
15. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu w wyniku choroby rozpoczął się w trakcie ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie i zakończył się po wygaśnięciu ochrony, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z zastrzeżeniem, że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby w trakcie ochrony z tytuły Pakietu Moje Zdrowie trwał przez okres dłuższy niż 3 dni.
16. Z tytułu pobytu na OIOM w wyniku choroby przysługuje jednorazowe świadczenie.
17. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w wyniku choroby w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM w wyniku choroby.
18. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 19-20 i 22.
19. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
20. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu do 14. dnia ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
21. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczął się przed rozpoczęciem się ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie i zakończył się w trakcie trwania ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności z tytułu Pakietu Moje Zdrowie.
22. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, który wystąpił przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej przysługuje za każdy dzień pobytu w wysokości 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku do 14 dnia.
23. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu w wyniku wypadku rozpoczął się w trakcie ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie i zakończył się po wygaśnięciu ochrony, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu Pakietu Moje Zdrowie.
24. Z tytułu pobytu ubezpieczonego na OIOM w wyniku wypadku przysługuje jednorazowe świadczenie.
25. W przypadku kilkukrotnych pobytów ubezpieczonego na OIOM w wyniku wypadku w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM w wyniku wypadku.
26. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie dwa urazy niepowodujące powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w ciągu danego roku polisowego.
27. Warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest interwencja lekarska w zakładzie opieki zdrowotnej związana z leczeniem urazu oraz interwencja kontrolna po leczeniu urazu.
28. Do wniosku osoba uprawniona załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie urazu niepowodującego powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz dokumentację potwierdzającą dwie wizyty lekarskie w zakładzie opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 27.
29. Zasady zgłaszania, ustalenia i realizacji świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 10 pkt 4) określone są w załączniku nr 1 do OWU.
30. Zasady zgłaszania, ustalenia i realizacji świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 10 pkt 8)-9) określone są w załączniku nr 2 do OWU.

Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela z tytułu Pakietu Dziecko

§13

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela objęte są maksymalnie 3 operacje dziecka przeprowadzone u dziecka w ciągu roku polisowego, z zastrzeżeniem ust. 8-10.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje wtórne przeprowadzone w ciągu tego samego pobytu dziecka w placówce medycznej.
3. Z tytułu operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie katalogu operacji, zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
4. W przypadku różnic w nazewnictwie organów, narządów lub układów wymienionych w katalogu operacji, związanych z wiekiem ubezpieczonego, należy przyjąć nazewnictwo tożsamego narządu, organu, układu jak u osób dorosłych dla dziecka.
5. Za operacje dziecka wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w następującej wysokości:
   1) poziom 1 – 5 % kwoty bazowej,
   2) poziom 2 – 10% kwoty bazowej,
   3) poziom 3 – 30% kwoty bazowej,
   4) poziom 4 – 50% kwoty bazowej,
   5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za operacje dziecka niewymienione w katalogu operacji.
7. Kwota bazowa jest określana w polisie.
8. Jeśli w trakcie jednej operacji dziecka zostanie wykonany więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie wg. stawki za najcięższą z wykonywanych operacji.
9. W okresie trwającym kolejne 60 dni od daty każdej z operacji dziecka, za którą ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczonemu należne jest tylko jedno świadczenia z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku gdy w okresie wymienionym w ust. 9 będą wykonane dwie lub więcej operacje dziecka ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację ze wszystkich wykonanych w tym okresie, za którą przysługuje stawka z najcięższej wykonanej operacji.
11. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu operacji dziecka ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
12. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby pod warunkiem, że trwał przez okres dłuższy niż 5 dni.
13. W każdym roku polisowym, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu ubezpieczenia lekowego maksymalnie za trzy rozpoczęte w tym okresie pobyty dziecka w szpitalu objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela w zakresie Pakietu Dziecko.
14. Zgłoszenie roszczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu jest jednoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu ubezpieczenia lekowego dziecka.
15. Odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania dziecka jest wyłączona w przypadku poważnego zachorowania, które zdiagnozowano lub z powodu którego trwało postępowanie lecznicze u dziecka w okresie 3 lat kalendarzowych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Pakietu Dziecko.
16. W przypadku wystąpienia u dziecka w okresie odpowiedzialności z tytułu Pakietu Dziecko co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
17. W przypadku wystąpienia u dziecka, w okresie odpowiedzialności z tytułu Pakietu Dziecko 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.
18. 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.
19. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania medyczne lub badanie lekarskie przeprowadzone przez wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
20. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu - pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w wyniku choroby trwał przez okres dłuższy niż 5 dni.
21. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby wskazana jest w polisie.
22. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku choroby, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu do 14. dnia dziecka w szpitalu w wyniku choroby.
23. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu z tytułu choroby rozpoczął się przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko, a zakończył się po dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobytu przypadający po dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Dziecko, z zastrzeżeniem że pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby w okresie ochrony z tytułu Pakietu Dziecko trwał przez okres dłuższy niż 5 dni.
24. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby rozpoczął się w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia w zakresie Pakietu Dziecko, a zakończył się po tym okresie, świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt w szpitalu w wyniku choroby przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w zakresie Pakietu Dziecko, pod warunkiem, że pobyt dziecka w szpitalu w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia w zakresie Pakietu Dziecko trwał przez okres dłuższy niż 5 dni.
25. Świadczenie za pobyt dziecka na OIOM w wyniku choroby wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.

26. W przypadku kilkukrotnych pobytów dziecka na OIOM w wyniku choroby w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt dziecka na OIOM w wyniku choroby.
27. Wysokość świadczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ustalana jest w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.
28. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela.
29. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka przysługuje maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu dziecka za jeden wypadek. W przypadku, gdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
30. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o stopień uszczerbku na zdrowiu istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
31. 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 może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.
32. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu dziecka, ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszt tych badań pokrywa ubezpieczyciel.
33. Świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu Pakietu Dziecko.
34. Kwota świadczenia za każdy dzień począwszy od pierwszego do 14. dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku wskazana jest w polisie.
35. Kwota świadczenia począwszy od 15. dnia pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, wskazana jest w umowie ubezpieczenia i wynosi 50% kwoty świadczenia z tytułu pobytu do 14. dnia dziecka w szpitalu w wyniku wypadku.
36. 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 pobytem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem w szkole.
37. Świadczenie za pobyt dziecka na OIOM w wyniku wypadku wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
38. W przypadku kilkukrotnych pobytów dziecka na OIOM w wyniku wypadku w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w szpitalu, świadczenie przysługuje za jeden pobyt dziecka na OIOM w wyniku wypadku.

§14

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego lub dziecka w szpitalu w wyniku choroby, lub wypadku, lub z tytułu pobytu ubezpieczonego lub dziecka na OIOM w wyniku choroby lub wypadku, oraz z tytułu operacji ubezpieczonego lub operacji dziecka, osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć kartę informacyjną leczenia szpitalnego.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć:
    1) odpis skrócony aktu zgonu,
    2) drugą stronę 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. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
6. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 5 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.
7. Jeżeli w terminach określonych w ust. 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.
8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień wpłaty kwoty należnego świadczenia na rachunek bankowy uprawnionego.
9. 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.
10. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku 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.

§15

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek śmierci ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu otrzymania wniosku.

§16

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 sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia 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 nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
   1) małżonek,
   2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest współmałżonka,
   3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
   4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wskazanych w pkt 1)-3).

Postanowienia końcowe

§17

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający/ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. 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 obsługującej klientów,
   2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje,
   3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów.
6. 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. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA" S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A.
7. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
   a) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl)
   b) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl)
8. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych.
9. 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.
10. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzanych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.
11. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www. warta.pl
12. Niezależnie od postanowień OWU Ubezpieczyciel wykonuje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
13. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
14. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.

15. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU właściwe jest prawo polskie.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 26/2026 Zarządu TUnŻ WARTA SA z dnia 27 stycznia 2026 roku i mają zastosowanie od umów ubezpieczenia zawieranych od 19 kwietnia 2026 roku.

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

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

Zał nr 1 do OWU
Warta Teleopieka Kardiologiczna

1. Niniejszy dokument określa warunki udzielania ochrony z tytułu Warta Teleopieka Kardiologiczna w ramach Pakietu Moje Zdrowie, a użytym w niniejszym załączniku określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w § 1 ust. 2 OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
   1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu,
   2) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej, należące do świadczeniodawcy,
   3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
   4) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania kardiologicznego albo zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
   5) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczoną oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
   6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazany pisemnie przez ubezpieczonego, jako osoba uprawniona do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego,
   7) **lekarz dyżurny** – osobę o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
   8) **miejsce pobytu** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, na terytorium Polski, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
   9) **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 załączniku do OWU,
   10) **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,
   11) **świadczeniodawca** – podmiot realizujący świadczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
   12) **teleopieka kardiologiczna** – usługę realizowaną na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszym załączniku do OWU,
   13) **zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej** – objęte ochroną ubezpieczyciela powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienionych w Tabeli stanów chorobowych stanowiącej załącznik nr 7 do OWU), ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujące hospitalizacją ubezpieczonego,
   14) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczyciela polegające na:
      a) nagłym zachorowaniu kardiologicznym, lub
      b) zaostrzeniu lub powikłaniu choroby przewlekłej, które wystąpiło na terytorium Polski w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
   15) **zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione ubezpieczonemu przez świadczeniodawcę w ramach usługi teleopieki kardiologicznej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Warta Teleopieka kardiologiczna jest zdrowie ubezpieczonego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela w ramach Warta Teleopieka kardiologiczna rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie.
3. 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 na terytorium Polski.
4. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej ubezpieczyciel pokrywa koszty:
   1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu,
   2) przeprowadzonego przez świadczeniodawcę telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z teleopieki kardiologicznej,
   3) telefonicznej opieki kardiologicznej,
   4) odbioru przez świadczeniodawcę aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej z miejsca pobytu ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony ubezpieczonemu.
5. 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 ostatniego wpisu,
   6) udostępnienie drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików)
   7) wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie,

8) 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,
9) 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. 22 poniżej.

6. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
7. 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.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka Telekardiologiczna jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Polski,
   2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski,
   3) zdarzeń niezwiązanych z nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej,
   4) zdarzeń związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową,
   5) zdarzeń zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami,
   6) zdarzeń zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
   7) zdarzeń zaistniałych w wyniku poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
   8) zdarzeń zaistniałych w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
   9) zdarzeń zaistniałych w wyniku zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
   10) zdarzeń powstałych w następstwie:
      a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
      b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
      c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
   11) udziałem ubezpieczonego w aktywnościach sportowych: nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górska lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi wszelkimi pojazdami silnikowymi, sporty motorowodne, skoki na gumowej linie.
9. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi teleopieki kardiologicznej, jeżeli jest ono wynikiem działania siły wyższej.
10. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypadku wystąpienia siły wyższej.
11. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.
12. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
13. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadczeniodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
14. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informować centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awariach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
15. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
16. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie teleopieki kardiologicznej przez świadczeniodawcę.
17. Po zakończeniu teleopieki kardiologicznej ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu centrum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.
18. W celu skorzystania z teleopieki kardiologicznej ubezpieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
19. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
   1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr polisy),
   2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
   3) adres miejsca pobytu.
20. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum operacyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego leczenie.

21. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum operacyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenia stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
22. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świadczenia teleopieki kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 19-21, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubezpieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopieki kardiologicznej.
23. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubezpieczonemu zestawu teleopieki kardiologicznej.
24. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 18-20 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia teleopieki kardiologicznej, do czasu przekazania do centrum operacyjnego niezbędnych do wykonania świadczenia informacji, wymienionych w ust. 18-20.

Zał nr 2 do OWU
Warta Opieka dla Ciebie
Warta Opieka dla Ciebie 55 plus

1. Niniejszy załącznik określa warunki udzielania ochrony z tytułu Warta Opieka dla Ciebie i Warta Opieka dla Ciebie 55 plus, a użytym w nim określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w § 1 ust. 2 OWU, poniższe zaś 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 zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczoną 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) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie ukończyło 18 roku życia,
   6) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
   7) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza niebędącego lekarzem uprawnionym, który prowadzi leczenie uprawnionego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
   8) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
   9) **miejsce pobytu** – miejsce pobytu osoby uprawnionej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
   10) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
   11) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkującą 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,
   12) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi,
   13) **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,
   14) **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 Rzeczpospolitej Polskiej,
   15) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
   16) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej,
   17) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, 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 lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy,
   18) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
   19) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszym załączniku,
   20) **trudna sytuacja losowa** – śmierć ubezpieczonego, śmierć dziecka, śmierć małżonka lub partnera, śmierć rodziców, śmierć rodziców małżonka lub partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko, zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
   21) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie osoby uprawnionej na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru,
   22) **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 obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami,

23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela
   a) z tytułu Warta Opieka dla Ciebie polegające na:
      i. wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka nagłego zachorowania,
      ii. doznaniu przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka obrażeń ciała w wyniku wypadku, wypadku rowerowego,
      iii. urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
      iv. wystąpieniu trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka;
   b) z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus polegające na:
      i. nagłym zachorowaniu ubezpieczonego,
      ii. wypadku ubezpieczonego.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
3. Ochroną z tytułu Warta Opieka dla Ciebie może zostać objęty ubezpieczony, który nie ukończył 56 lat.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w ramach Wariantu Warta Opieka dla Ciebie rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie.
5. Ochrona z tytułu Warta Opieka dla Ciebie wygasa w dzień poprzedzający najbliższą rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po 56. urodzinach ubezpieczonego.
6. Ochroną z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus może zostać objęty ubezpieczony, który ukończył 56 lata.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu Pakietu Moje Zdrowie lub w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po 56 urodzinach ubezpieczonego.
8. Ochrona z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus wygasa w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po 70. urodzinach ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu:
   a) Warta Opieka dla Ciebie – określonych w Tabeli nr 1,
   b) Warta Opieka dla Ciebie 55 plus – określonych w Tabeli nr 2.
10. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń oraz osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie, wskazane są w Tabeli nr 1.
11. Uprawnionym do otrzymania świadczeń z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus określonych w Tabeli nr 2, jest ubezpieczony.

Tabela 1

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: a) z miejsca pobytu do placówki medycznej, b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej, c) z placówki medycznej do miejsca pobytu.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK TAK TAK	TAK TAK TAK	NIE NIE NIE	NIE NIE NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
	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 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	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.						

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	
3	Prywatne lekcje 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.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
4	Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi 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 dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/ osoby niesamodzielnej i jej powrotu.	usługi wymienione w pkt a)-b) są świadczone do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu)	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
5	Rehabilitacja Opis: Jeśli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zapewnia organizację procesu rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
6	Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym pisemnie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, osoba uprawniona powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub 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	
7	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym pisemnie 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	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
8	Dostawa leków Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym pisemnie 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 lub 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 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub 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 500 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu); maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner

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	
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 1 500 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu); maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
12	Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu 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 lub partner, dziecko
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 300 zł na zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub 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 lub 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 500 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu)	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub 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 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub 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	
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 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub 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 150 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 dziecka przez ubezpieczonego.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
20	Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej 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 lub partner, dziecko
21	Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie: a) danych teleadresowych: a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d. aptek czynnych przez całą dobę, e. domów pomocy społecznej, hospicjów, b) informacji na temat: a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c. diet, zdrowego odżywiania się. Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner

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	
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.	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner
	Opis: Ubezpieczyciel zapewnia osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance”.						

Tabela 2

Lp.	Zakres i opis świadczeń w przypadku nagłego zachorowania ubezpieczonego lub wypadku ubezpieczonego	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
1	Transport medyczny: a) z miejsca pobytu do placówki medycznej, b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej, c) z placówki medycznej do miejsca pobytu.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1 000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym
	Opis: Jeśli ubezpieczony 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 ubezpieczonego.	
2	Wizyta osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	
	Opis: Jeśli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów do określonego limitu dla jednej wyznaczonej osoby przez ubezpieczonego w zakresie: a) zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, b) zakupu biletów autokarowych lub kolejowych (do i ze szpitala).	usługa wymieniona w pkt a) jest świadczone do łącznej kwoty 750 PLN na jedno zdarzenie; usługa wymieniona w pkt b) jest świadczone do łącznej kwoty 200 PLN na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym
3	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	usługi wymienione w pkt a)-b) są świadczone do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu)
	Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu osób niesamodzielnych 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.	
4	Opieka nad zwierzętami	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym
	Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu do określonego limitu.	
5	Rehabilitacja	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie
	Opis: Jeśli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.	
6	Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie
	Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym pisemnie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	
7	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie
	Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym pisemnie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien 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.	
8	Dostawa leków	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie
	Opis: Jeśli zgodnie ze sporządzonym pisemnie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony 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.	

Lp.	Zakres i opis świadczeń w przypadku nagłego zachorowania ubezpieczonego lub wypadku ubezpieczonego	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
9	Opieka domowa po hospitalizacji	maksymalnie do 15 dni, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym
	Opis: Jeśli ubezpieczony jest hospitalizowany 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.	
10	Konsultacja u laryngologa	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł
	Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa do określonego limitu.	
11	Zakup aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1 500 zł
	Opis: Jeśli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch ubezpieczonego i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego do określonego limitu.	
12	Dostosowanie miejsca pobytu	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 4 000 zł
	Opis: Jeśli ubezpieczony 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.	
13	Sprzątanie grobów najbliższych	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 200 zł
	Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego, zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty do określonego limitu sprzątania grobów osób bliskich ubezpieczonemu.	
14	Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu	maksymalnie 5 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie
	Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: a) wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, albo b) wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej, do określonego limitu.	
15	Wizyta pielęgniarki	maksymalnie 3 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie
	Opis: Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	
16	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym
	Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	
17	Badania medyczne po wypadku	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie
	Opis: W sytuacji, gdy ubezpieczony zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych do określonego limitu.	
18	Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie: danych teleadresowych: a) państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d) aptek czynnych przez całą dobę, e) domów pomocy społecznej, hospicjów, informacji na temat: a) działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b) przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c) diet, zdrowego odżywiania się.	
	Opis: Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.	

12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie oraz Warta Opieka dla Ciebie 55 plus jest wyłączona w przypadku:
    1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
    2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczpospolitej 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 uprawnionej na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez osobę uprawnioną,
        b) leczenia osoby uprawnionej 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 uprawnioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
        e) uprawiania przez osobę uprawnioną niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
        f) zatrucia osoby uprawnionej alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem osoby uprawnionej pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
        g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez osobę uprawnioną lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
        h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
        i) rutynowych kontroli zdrowotnych i profilaktycznych,
        j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
        k) chorób osoby uprawnionej związanych z wirusem HIV,
        l) chorób psychicznych lub zburzeń psychicznych osoby uprawnionej,
        m) chorób przewlekłych osoby uprawnionej.
13. W przypadku badań medycznych po wypadku odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi w ust. 12 wyłączeniami nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
    1) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych,
    2) udziału osoby uprawnionej w bójce, z wyłączeniem działań w obronie koniecznej.
14. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym całą dobę.
15. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o którym mowa w ust. 14 powinny podać następujące informacje:
    1) nr PESEL ubezpieczonego,
    2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego,
    3) adres miejsca pobytu,
    4) numer polisy,
    5) okres ubezpieczenia,
    6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
    7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
    8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
16. Ubezpieczony, małżonek lub partner oraz dziecko zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
17. Jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 14, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek lub partner zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
18. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o którym mowa w ust. 17 we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług o którym mowa w Tabeli nr 1 i 2, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów, do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego dla danej usługi.
19. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 17, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli

naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.

20. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w Tabeli nr 1 i 2.

Załącznik nr 3 do OWU
Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

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

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

2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:
   a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego 1-10
   b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym 11-25
3. Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku: .....
   a) poniżej 10 cm^2 1-10
   b) od 10 do 50 cm^2 11-15
   c) powyżej 50 cm^2 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 º wg skali Lovette'a 100
   b) głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2 º wg skali Lovette'a 60-80
   c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3 º wg skali Lovette'a 40-60
   d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyny dolnych 4 º lub 4/5 º wg skali Lovette'a 5-35
   e) porażenie kończyn górnych 0-1 º wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a:
      prawej 70-90
      lewej 60-80
   f) niedowład kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a z porażeniem konczyny dolnej 0-1 º wg skali Lovette'a:
      prawej 70-90
      lewej 60-80
   g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 º wg skali Lovette'a:
      prawej 40-50
      lewej 30-40
   h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 º wg skali Lovette'a:
      prawej 30-40
      lewej 20-30
   i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 º wg skali Lovette'a:
      prawej 10-30
      lewej 5-20
   j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 º wg skali Lovette'a 50
   k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 º wg skali Lovette'a 30-50
   l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 º 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

0º - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
1º-2º - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
3º - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
4º - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
5º - 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 móżdżkowego:
   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 ambulatoryjna.

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 wewnątrz wydzielnicze 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 bloczkowego..... 3
    c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
    a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
    b) ruchowe..... 1-10
    c) czuciowo-ruchowe..... 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
    a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
    b) obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
    c) izolowane uszkodzenie centralne 5-10

UWAGA!!
Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymiobjawami 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 przewodu pokarmowego:
    a) niewielkiego stopnia 5-10
    b) średniego stopnia..... 10-25
    c) dużego stopnia..... 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia..... 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia..... 5-20

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
    a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
    b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji..... 10-30
    c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji..... 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
    a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5

b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!
Jeśli uszkodzenie nosa wchodzi w zakres uszkodzeń objętych pkt. 19, należy oceniać wg tego punktu (tj. wg pkt. 19).

21. Utrata zębów:
a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
b) siekacze i kły - utrata całkowita 3
c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
a) nieznacznego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
a) szczęka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
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 /10/10/	0,9 /9/10/	0,8 /8/10/	0,7 /7/10/	0,6 /6/10/	0,5 /5/10/	0,4 /4/10/	0,3 /3/10/	0,2 /2/10/	0,1 /1/10/	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 /10/10/	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 /9/10/	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 /8/10/	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 /7/10/	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 /6/10/	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 /5/10/	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 /4/10/	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 /3/10/	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 /2/10/	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 /1/10/	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

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

UWAGA!!
Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szkłami, 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 naczyniówki jednego oka ..... wg Tabeli do pkt. 26a
b) zapalenie naczyniówki 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) zaćma 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 ślepocie 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 (jednooczne) 1-5
33. Bezsoczewkowatość 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. Wytrzeszcz tętniący
    - w zależności od stopnia:..... 50-100
39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): ..... wg Tabeli 26a
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
    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 / Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 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 szumy uszne - w zależności od stopnia nasilenia 1-5

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

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
    a) utrata części małżowiny 1-5
    b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń..... 5-10
    c) całkowita utrata jednej małżowiny..... 15
    d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b).....wg Tabeli 41a (41b)

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
    a) jednostronne 5-10
    b) obustronne 10-15
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
    a) jednostronne 5-15
    b) obustronne 10-20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
    a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
    b) z upośledzeniem słuchu ..... wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
    a) z uszkodzeniem części słuchowej ..... wg Tabeli 41a (41b)
    b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
    c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
    d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu 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, chrypka 5-10
    b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30
51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:
    a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
    b) z bezgłosem 60
52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:
    a) bez niewydolności oddechowej 1-10
    b) duszność wysiłkowa 10-20
    c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
    d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
    a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
    b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
    c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
    d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
    a) niewielkiego stopnia 1-5
    b) średniego stopnia 5-15
    c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

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

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

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

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57
Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:
    a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
    b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
    c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
    d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30
59. Złamanie mostka:
    a) bez zniekształceń 1-3
    b) ze zniekształceniami 3-10
60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością

ciał obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):
    a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej..... 1-5
    b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia..... 5-10
    c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia..... 10-25
    d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej..... 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62
Przy orzekaniu wg pkt. 61 i 62 należy potwierdzać uszczerbek badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim - RTG.
Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- **niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, FEV_1 70-80%, FEV_1 % VC 70-80% - w odniesieniu do wartości należnych**
- **średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 50-70%, FEV_1 50-70%, FEV_1 % VC 50-70% - w odniesieniu do wartości należnych**
- **znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej - VC poniżej 50%, FEV_1 poniżej 50%, FEV_1 % 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 uwzględniać dokumentację z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, badania RTG, EKG i ECHO.

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTAWA 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

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

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

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny itp.)
    - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej:
    a) blizny, niewielkie ubytki tkanek..... 1-5
    b) rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny 5-15
    c) przetoki..... 15-30

UWAGA!!Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu powłok brzusznych). Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym (np. po dźwignięciu ciężaru).

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

70. Uszkodzenia odbytnicy:
    a) pełnościenne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
    b) wypadanie błony śluzowej..... 5-10
    c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70
Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

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

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
    a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
    b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
    a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
    b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego..... 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
    a) bez zaburzeń funkcji 1-5
    b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
    c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem:
    a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym..... 10-25
    b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym..... 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
    a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń..... 5-15
    b) z nawracającymi zakażeniami..... 15-30
    c) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jednego jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:..... 5-20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
84. Pourazowy wodniak jądra:
    a) wyleczony operacyjnie 2
    b) w zależności od nasilenia zmian 2-10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
    a) uszkodzenie lub częściowa utrata..... 5-20
    b) utrata w wieku do 50 lat 40
    c) utrata w wieku powyżej 50 lat 20
86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
    a) blizny, ubytki, deformacje 1-10
    b) wypadanie pochwy..... 10
    c) wypadanie pochwy i macicy..... 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

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

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

88. Następstwa innych zatruć 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 12º - 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 zesztywnienie 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 zesztywnienie - 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) zesztywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 30-40

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

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, złamanie kości guzicznej:
    a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej 1-2
    b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych 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 kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o:... 5-10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:
    a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
    b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch lasek..... 70
    c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce..... 40
    d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)..... 100
    e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)..... 70
    f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) 30
    g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
    h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30

95. Urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
    a) szyjne bólowe 2-5
    b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
    c) szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych 10-30
    d) piersiowe 2-10
    e) lędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
    f) lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
    g) lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych 10-30
    h) guziczne 2-5

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

K. USZKODZENIA MIEDNICY

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

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

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

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

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

100. Łopatka - 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 dźwigania 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 dokumentacja 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. wg pkt.
- 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
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 1-5 1-5
b) zmiany średnie..... 5-10 5-10
c) zmiany duże..... 30-55 25-50

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

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

ŁOKIEĆ

118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów:..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
b) średnie zmiany..... 5-15 5-10
c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy 15-30 10-25
119. Zesztywnienie stawu łokciowego:..... Prawa Lewa
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia 30 25
b) z brakiem ruchów obrotowych..... 35 30
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)..... 50 45
d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny 30-45 25-40

120. Uszkodzenie łokcia - zwichnięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń: Prawa Lewa
a) zmiany niewielkiego stopnia 1-5 1-4
b) zmiany średniego stopnia 5-15 4-10
c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami 15-40 10-35

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

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

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 zesztywnienie 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 śródręcza, 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 śródręcza	20-25	18-23
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	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 śródręcza	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 wskaziciela - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, 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 wskaziciela w obrębie lub z kością śródręcza	25-30	23-27

139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów,zesztywnienia, 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 wskaziciela (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 lub z kością śródręcza:

	Prawa	Lewa
	10-15	8-13

UWAGA!!
Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela - ocenia się podwójnie palec III. Palec III może zastąpić wskaziciela, 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, zesztywnienia 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, skróceń, zniekształcenia, zmian wtórnch:

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 wszczepieniem 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 wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oprotezowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
b) średnie zmiany lub skrócenia do 4 - 6 cm..... 15-30
c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm..... 30-40

149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony zrost kości - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych: 40-60

150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
a) niewielkiego stopnia..... 1-5
b) średniego stopnia..... 5-10
c) znacznego stopnia 10-20

151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych:..... 5-30

152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10

153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:..... 10-65

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

154. Utrata kończyny - w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania 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 90º do 120º i/lub deficyt wyprostu do kąta 5º, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40º do 90º i/lub deficyt wyprostu do kąta w zakresie 15º-5º, 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 0º do 40º i/lub deficyt wyprostu do kąta 15º, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny..... 25-40
d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0º-15º 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, wiązadła, łękotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno - dynamicznej kończyny:
a) izolowane uszkodzenia łękotek, stan po leczeniu operacyjnym łękotek 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 łękotek, 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 łękotek, 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 wiązadeł 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 zesztywnienie stawu kolanowego jest spowodowane innymi uszkodzeniami niż złamania kości, należy oceniać wg pkt. 155d lub 155e. Nawrotowe zwichnięcia rzepki należy oceniać uwzględniając uszczerbek istniejący po poprzednich zwichnięciach. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:

a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15

b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm..... 15-30

c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp..... 30-50

160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:..... 1-5

161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:

a) niewielkie zmiany 1-5

b) średnie zmiany 5-15

c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne..... 15-35

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

162. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, jego długości, przydatności do oprotezowania 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 wiązadeł, 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 wiązadeł, bez niestabilności w stawach 2-5

c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu wiązadeł, z niestabilnością w stawach 5-10

d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu wiązadeł..... 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, zesztywnienia 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 zesztywnienia w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego 10-20

d) zesztywnienia 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, zesztywnieniem 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) złamania dwóch kości śródstopia 10-15
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia 10-20

169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 168 zwiększając stopień uszczerbku (w zależności od stopnia powikłań) o: 1-10

170. Inne uszkodzenia stopy - w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:
a) zmiany niewielkie 1-5
b) średnie zmiany 5-10
c) duże zmiany 10-15

171. Utrata stopy w całości: 50

172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta: 40

173. Utrata stopy w stawie Lisfranca: 35

174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta: 20-30

PALCE STOPY

175. Utrata w zakresie palucha - w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej 1-5
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego 5-8
c) utrata całego palucha 10

176. Inne uszkodzenia palucha - zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji stopy:
a) niewielkie zmiany 1-3
b) średnie zmiany 3-6
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem 6-10

177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia: 15-25

178. Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:
a) częściowa utrata na wysokości paliczka środkowego - za każdy palec 1
b) całkowita utrata - za każdy palec 2

179. Utrata palca V z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości środstopia: 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:

	Prawa	Lewa
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	1-15	
b) nerwu piersiowego długiego	1-15	1-10
c) nerwu pachwowego	1-25	1-20
d) nerwu mięśniowo - skórnego - 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 szyjno - 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 4 do OWU
Katalog Poważnych Zachorowań Podstawowy

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:
1) anemia aplastyczna,
2) choroba Alzheimera,
3) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
4) choroba Huntingtona,
5) choroba Leśniowskiego-Crohna,
6) chorba Parkinsona,
7) choroba wieńcowa leczona operacyjnie,
8) dystrofia mięśniowa,
9) łagodny nowotwór mózgu,
10) łagodny nowotwór rdzenia kręgowego,
11) niewydolność nerek,
12) nowotwór złośliwy,
13) oparzenia,
14) porażenie kończyn,
15) porażenie kończyny,
16) pourazowe uszkodzenie mózgu,
17) przeszczep narządu,
18) przewlekła (schyłkowa) niewydolność oddechowa,
19) przewlekła (schyłkowa) niewydolność wątroby,
20) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
21) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,
22) śpiączka,
23) tętniak lub rozwarstwienie aorty brzusznej leczone operacyjnie,
24) tętniak lub rozwarstwienie aorty piersiowej leczone operacyjnie,
25) twardzina układowa (uogólniona sklerodermia),
26) udar mózgu,
27) utrata kończyn,
28) utrata kończyny,
29) utrata mowy,
30) utrata słuchu,
31) utrata wzroku,
32) wady zastawek serca leczone operacyjnie,
33) zapalenie mózgu,
34) zawał serca.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	**ANEMIA APLASTYCZNA** Za **anemię aplastyczną** – uważa się ciężką postać anemii aplastycznej manifestującą się przewlekłym upośledzeniem funkcji szpiku kostnego powodującym pancytopenię, z występowaniem co najmniej 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) liczba neutrofilów poniżej 500 w 1µl krwi, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000 w 1µl krwi, c) liczba retikulocytów poniżej 10 000 w 1µl krwi.
2	**CHOROBA ALZHEIMERA** Za **chorobę Alzheimera** – uważa się znaczące ograniczenie lub utratę zdolności intelektualnych, ze znaczącym upośledzeniem funkcji poznawczych, wynikające z nieodwracalnych zaburzeń czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami stosowanymi do diagnostyki choroby Alzheimera, wynikami badań neuroobrazowych lub wykryciem zaburzeń poziomów charakterystycznych biomarkerów we krwi. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków innych typów demencji.
3	**CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA** Za **chorobę Creutzfeldta-Jakoba** – uważa się postępującą chorobę układu nerwowego prowadzącą do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej, powodującą szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badań dodatkowych.
4	**CHOROBA HUNTINGTONA** Za **chorobę Huntingtona** (pląsawica 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.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
5	**CHOROBA LEŚNIOWSKIEGO - CROHNA** Za **chorobę Leśniowskiego - Crohna** – uważa się ciężką postać choroby z pełnościennym, ziarniniakowym zapaleniem jelita, przebiegającą z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.
6	**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).
7	**CHOROBA WIEŃCOWA LECZONA OPERACYJNIE** Za **chorobę wieńcową leczoną operacyjnie** – uważa chorobę wieńcową wymagającą przeprowadzenie operacji chirurgicznej polegającej na wytworzeniu połączeń pomiędzy tętnicą główną (aortą) a tętnicą wieńcową, z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego związanego ze zmianami w tętnicach wieńcowych, które doprowadzają do niego krew.
8	**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 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**.**
9	**ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU** Za **łagodny nowotwór mózgu** – uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych.
10	**ŁAGODNY NOWOTWÓR RDZENIA KRĘGOWEGO** Za **łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** – uważa się wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych.
11	**NIEWYDOLNOŚĆ NEREK** Za **niewydolność nerek** – uważa się stadium nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) i w następstwie konieczności regularnego, stałego stosowania dializ oraz przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki lub udokumentowanego wpisania na listę biorców**.**
12	**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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: **a)** raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych, **b)** raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającego mu stopniu zaawansowania według innej klasyfikacji, c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka, d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b), e) przewlekłych białaczek limfatycznych według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3, f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM, g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego.
13	**OPARZENIA** Za **oparzenie** – uważa się oparzenia 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.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
14	**PORAŻENIE KOŃCZYN** Za **porażenie kończyn** – uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovette'a, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.
15	**PORAŻENIE KOŃCZYNY** Za **porażenie kończyny** – uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji jednej kończyny, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovette'a, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.
16	**POURAZOWE USZKODZENIE MÓZGU** Za **pourazowe uszkodzenie mózgu** – uważa się uszkodzenie tkanki mózgowej w wynik wypadku, potwierdzone badaniami neuroobrazowymi, skutkujące stwierdzonymi w badaniu klinicznym ograniczeniami samodzielnej egzystencji wyrażającymi się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych 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.
17	**PRZESZCZEP NARZĄDU** 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.
18	**PRZEWLEKŁA (SCHYŁKOWA) NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA** Za **przewlekłą (schyłkową) niewydolność oddechową** – uważa się schyłkowe stadium chorób płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami: a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach, b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię, c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższe, niż 55 mmHg, d) duszność spoczynkowa.
19	**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) żylakimi przełyku, e) zaburzeniemi krzepnięcia. oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa – Pugha. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków: - mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugha dotyczącej niewydolności wątroby, - martwicy wątroby wynikającej ze spożycia alkoholu.
20	**PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B** Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** – uważa się aktywną rozlaną zapalną chorobę miąższu wątroby, wywołaną przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), trwającą powyżej 6 miesięcy. Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (> 1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALATw sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy.
21	**PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C** Za **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** – uważa się aktywne zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, trwające ponad 6 miesięcy. Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie: – stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA, – w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach od początku choroby stopień aktywności zapalnej ma wartość nie mniejszą, niż 3 w skali od 0 do 4, gdzie stopień 0 to brak zmian zapalnych, stopień 1 to aktywność minimalna, stopień 2 to aktywność łagodna, stopień 3 to aktywność umiarkowana, a stopień 4 to aktywność duża) lub obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości w badaniu elastograficznym.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
22	**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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej.
23	**TĘTNIAK LUB ROZWARSTWIENIE AORTY BRZUSZNEJ LECZONE OPERACYJNIE** Za **tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej leczone operacyjnie** – uważa się tętniaka lub rozwarstwienie aorty brzusznej wymagające wykonanie zabiegu chirurgicznego.
24	**TĘTNIAK LUB ROZWARSTWIENIE AORTY PIERSIOWEJ LECZONE OPERACYJNIE** Za **tętniaka lub rozwarstwienie aorty piersiowej leczone operacyjnie** – uważa się tętniaka lub rozwarstwienie aorty piersiowej wymagające wykonanie zabiegu chirurgicznego.
25	**TWARDZINA UKŁADOWA (UOGÓLNIONA SKLERODERMIA)** Za **twardzinę układową (uogólniona sklerodermia)** – uważa się układową chorobę tkanki łącznej przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje twardziny miejscowej (twardziny liniowej lub plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi i zespołu CREST.
26	**UDAR MÓZGU** Za **udar mózgu** uważa się **chorobę wywołaną przerwaniem** dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności: a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu, b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone). Za udar nie uznaje się: 1) wszelkiech epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND), 2) zawałów mózgu lub krwawień śródczaszkowych spowodowanych zewnętrznym urazem, 3) wtórnych krwotoków do istniejących ognisk poudarowych, 4) jakiekolwiek zmiany w mózgu możliwej do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonych objawów klinicznych, 5) symptomów spowodowanych migreną, 6) chorób naczyń wpływających na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi, 7) niedokrwienia spowodowanego niewydolnością kręgowo-podstawną (objawów niewydolności kręgowo-podstawnej).
27	**UTRATA KOŃCZYN** Za **utratę 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.
28	**UTRATA KOŃCZYNY** Za **utratę 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.
29	**UTRATA MOWY** Za **utratę 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 kolejnych miesięcy. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków: - choroby spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, - utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
30	**UTRATA SŁUCHU** Za **utratę 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.
31	**UTRATA WZROKU** Za **utratę wzroku** – uważa się trwałą i nieodwracalną obuoczna 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.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
32	**WADY ZASTAWEK SERCA** Za **wady zastawek serca** – uważa się wady zastawek serca wymagające chirurgicznej wymiany jednej zastawki lub więcej zastawek serca z powodu choroby polegającej na uszkodzeniu zastawki w postaci zwężenia lub niedomykalności. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków operacji naprawczej zastawek serca.
33	**ZAPALENIE MÓZGU** Za **zapalenie mózgu** uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej 3 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. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków zapalenia mózgu wywołanego infekcją HIV.
34	**ZAWAŁ SERCA** Za **zawał serca** uważa się powstałą w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego: a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego; b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) każde zdarzenie, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa); 2) podwyższenie biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej).

Załącznik nr 5 do OWU
Katalog Operacji

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Chemotalamectomia	4
2	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
3	Dekortykacja opon mózgu	2
4	Drenaż krwiaka śródmózgowego	3
5	Drenaż przestrzeni podoponowej	2
6	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	2
7	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2
8	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	2
9	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	2
10	Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	2
11	Drenaż ropniaka podtwardówkowego	2
12	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	2
13	Implantacja, założenie, wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	2
14	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	3
15	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	3
16	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	3
17	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	3
18	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	3
19	Lobotomia/ traktotomia	4
20	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	2
21	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
22	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	3
23	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	3
24	Operacja naprawcza opony twardej	2
25	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	2
26	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	2
27	Operacja przepukliny mózgowej	3
28	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
29	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3
30	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2
31	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
32	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
33	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
34	Przecięcie dróg mózgowych	4
35	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	3
36	Przeszczep nerwu czaszkowego	3
37	Przeszczep nerwu obwodowego	2
38	Przeszczep opony twardej mózgu	3
39	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	3
40	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2
41	Rekonstrukcja opon mózgowych	3
42	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
43	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	3
44	Sympatektomia lędźwiowa	2
45	Sympatektomia przedkrzyżowa	2

46	Sympatektomia szyjna	3
47	Talamotomia	4
48	Usunięcie ropnia móżdżku	3
49	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	2
50	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	3
51	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
52	Wycięcie opon rdzeniowych	2
53	Wycięcie guza móżdżku	4
54	Wycięcie guza pnia mózgu	5
55	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
56	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
57	Wycięcie nerwu obwodowego	2
58	Wycięcie tkanki mózgu	4
59	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	2
60	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	4
61	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	3
62	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	3
63	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
64	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	2
65	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
66	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
67	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	3
B	**Operacje wydzielania 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
6	Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
7	Wycięcie tarczycy językowej	2
8	Całkowite usunięcie przytarczyc	3
9	Częściowe usunięcie przytarczyc	2
10	Jednostronne usunięcie nadnercza	2
11	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
12	Obustronne usunięcie nadnerczy	4
13	Wycięcie zmiany nadnercza	2
14	Całkowite wycięcie grasicy	2
15	Częściowe wycięcie grasicy	2
16	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
17	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
18	Obustronne radykalne odjęcie piersi	5
19	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	4
20	Obustronne proste odjęcie piersi	4
21	Jednostronne proste odjęcie piersi	3
22	Subtotalna mammektomia	3
23	Wycięcie kwadrantu piersi	2
24	Usunięcie zmiany piersi	1

25	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	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
16	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	2
17	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
18	Operacja ciała szklistego	2
19	Protezowanie 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	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	3
2	Operacja aparatu przedsionkowego	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**	**Poziomy operacji***
	Nazwa 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	Protezowanie 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**	**Poziomy operacji***
	Nazwa 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 przełyku	1
3	Wycięcie przełyku i żołądka	5
4	Całkowite wycięcie przełyku	4
5	Zespolenie omijające przełyku	3
6	Operacja naprawcza przełyku	2
7	Częściowe wycięcie przełyku	3
8	Usunięcie zmiany przełyku	1
9	Rewizja zespolenia przełyku	1
10	Wytworzenie przetoki przełykowej	1
11	Operacja żylaków przełyku	2
12	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	2
13	Wytworzenie sztucznego przełyku	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	3
19	Operacja plastyczna żołądka	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	3
28	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	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 jelita grubego	4
58	Wycięcie jednego odcinka jelita 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 narzadów 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	Zespolenie 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	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	2
23	Przezdwunastnicze 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 ścięgnistych 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 trójdzielnej	4
22	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	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 wspomagania serca	2
37	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	2
38	Przezskórna 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 żylaków 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 moczowowdu	2
23	Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3
24	Wszczepienie moczowodu do jelita	3
25	Wszczepienie protezy moczowodu	2
26	Przezcewkowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
27	Przezcewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
28	Przezcewkowe 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-macicznej	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	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
68	Brzuszna 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	Protezowanie 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	Protezowanie 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 żylaków 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 skórnego z unerwieniem	2
3	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
4	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego	1
5	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	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-odbytniczej	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 szycia 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 przezstawowego 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	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	2
70	Wycięcie łąkotki kolana	1
71	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
72	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	1
73	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	1
74	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
75	Wycięcie kości ektopowej	1
76	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
77	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
78	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
79	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
80	Uwolnienie przykurczu stawu	1
81	Korekcja stopy końsko-szpotawej	2
82	Wycięcie martwaka kości	1
83	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
84	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2
85	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	2
86	Uwolnienie torebki stawowej	1
87	Uwolnienie stawu	1
88	Uwolnienie więzadła	1
89	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2
90	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	2
91	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
92	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	1
93	Artroplastyka śródręczno-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 najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe)*

Załącznik nr 6 do OWU

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Podstawowy

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
1	**ANEMIA APLASTYCZNA** Za **anemię aplastyczną** uważa się postać ciężką, z przewlekłym upośledzeniem funkcji szpiku kostnego powodującym pancytopenię, z występowaniem co najmniej 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) liczba neutrofilów poniżej 500 w 1µl krwi, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000 w 1µl krwi, c) liczba retikulocytów poniżej 10 000 w 1µl krwi.
2	**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.
3	**CHOROBA KAWASAKI** Za **chorobę Kawasaki** uważa się ostrą chorobę zapalną małych i średnich naczyń o nieznanej 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 złuszczania skóry okolicy przypaznokciowej b) różnokształtna wysypka głównie w obrębie tułowia, c) obustronne przekrwienie/ zapalenie spojówek, d) miany dotyczące warg i śluzówek jamy ustnej: rumień, pękanie 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).
4	**CUKRZYCA** Za **cukrzycę** uważa się pierwszorazowe rozpoznanie cukrzycy insulinozależnej wymagającej stałego i regularnego podawania insuliny.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
5	**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.
6	**ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU** Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych.
7	**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 ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków 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.
8	**NAGMINNE PORAŻENIE DZIECIĘCE(POLIOMYELITIS)** Za **nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)** uważa się porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwały 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.
9	**NIEWYDOLNOŚĆ NEREK** Za **niewydolność nerek** uważa chorobę nerek w stadium nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej), w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ, przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki lub udokumentowanego wpisania na listę biorców.
10	**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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkich zmiany przedrakowych, b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadającemu mu stopniu zaawansowania według innej klasyfikacji, c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka, d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b), e) przewlekłch białaczek limfatycznych według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3, f) wczesnych stadiów raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM, g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
11	**OPARZENIA** Za **oparzenie** uważa się oparzenia 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) powyżej 20 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
12	**CHOROBA SERCA LECZONA OPERACYJNIE** Za **chorobę serca leczoną operacyjnie** uważa się chorobę serca wymagającą przebycie 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.
13	**PORAŻENIE KOŃCZYN** Za **porażenie kończyn** uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniającą kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovette'a, spowodowaną wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość.
14	**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 – Pugha. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa – Pugha dotyczącej niewydolności wątroby.
15	**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. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej.
16	**TĘŻEC** Za **tężec** uważa się ostrą chorobę zakaźną wywołaną neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (Clostridium tetani), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i wystąpiła konieczność zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych.
17	**UTRATA KOŃCZYN** Za **utratę kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 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 **utratę 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 mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
19	**UTRATA WZROKU** Za **utratę wzroku** uważa się trwałą i nieodwracalną obuoczna 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 mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
20	**WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU** Za **wirusowe zapalenie mózgu** uważa się chorobę wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznaną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań wirusologicznych lub immunologicznych.

Lp.	Rodzaje poważnego zachorowania:
21	**ZAKAŻENIE HIV/HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS** **LUB ROZPOZNANIE AIDS/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (w wyniku transfuzji krwi)** *Za* **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

Załącznik nr 7 do OWU
Tabela stanów chorobowych
Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, zgodnie z definicją nagłego zachorowania kardiologicznego oraz zaostrzeń lub powikłań chorób przewlekłych.

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9
Dusznica niestabilna	I20.0
Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postacie dusznicy bolesnej	I20.8
Dusznica bolesna, nieokreślona	I20.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
Stary (przebyty) zawał serca	I25.2
Tętniak serca	I25.3
Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4
Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5
„Ciche” (nieme) niedokrwienie serca	I25.6
Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8
Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	I25.9
Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0
Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0
Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1
Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8
Zespół sercowo-płucny, nieokreślony	I27.8
Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych	I28.0
Tętniak tętnicy płucnej	I28.1
Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8
Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9
Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0
Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9
Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Wypadanie płatka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
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
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

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