

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

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie – „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	4
1. Postanowienia ogólne	4
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	10
3. Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	10
4. Składka	11
5. Skutki niezapłacenia składki	12
6. Suma ubezpieczenia	12
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela	12
8. Partner jako współubezpieczony	13
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	13
10. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	15
11. Uprawnieni do otrzymania świadczenia	16
12. Wariant „Twoje Życie 80 Plus”	16
13. Ryzyka ubezpieczeniowe	16
14. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	16
15. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	16
16. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy	17
17. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	17
18. Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	17
19. Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	17
20. Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	18
21. Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego	19
22. Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	19
23. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego	19
24. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego Covid-19	20
25. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS	21
26. Dzielne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”	22
27. Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	22
28. Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową	23
29. Wystąpienie Niewydolności Oddechowej Ubezpieczonego Covid-19	24
30. Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego	24
31. Operacje Ubezpieczonego	25
32. Druga Opinia Medyczna Ubezpieczonego	26
33. Śmierć Małżonka lub Partnera	27
34. Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	28
35. Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego	28
36. Śmierć Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	28
37. Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera	29
38. Dzielne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera PLUS	29
39. Wystąpienie u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania	30
40. Inwalidztwo Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	31
41. Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego	32
42. Śmierć Dziecka	32
43. Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku	32
44. Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku	33
45. Śmierć Noworodka	33
46. Urodzenie się Dziecka	33
47. Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną	34
48. Urodzenie się Wnuka	34
49. Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka	34
50. Operacje Dziecka	35
51. Powikłania Operacji Dziecka	36
52. Leczenia Specjalistycznego Dziecka	37
53. Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania	38

54	Rekonwalescencja Dziecka	39
55	Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Dziecka w Szpitalu	39
56	Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu	40
57	Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera	40
58	Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku	40
59	Warta Pakiet Medyczny	41
60	Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	50
61	Pakiet Medyczny „Pomoc po udarze mózgu”	52
62	Świadczenie Pomocowe po Udarze Mózgu	54
63	Postanowienia końcowe	54
II	Załącznik nr 1 Katalog Wad Wrodzonych „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	56
III	Załącznik nr 2 Tabela Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	57
IV	Załącznik nr 3 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	72
V	Załącznik nr 4 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	73
VI	Załącznik nr 5 Katalog Operacji „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	74
VII	Załącznik nr 6 Katalog Operacji Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	81
VIII	Załącznik nr 7 Katalog Powikłań Operacji Dziecka „Warta Dla Ciebie i Rodziny”	90
IX	Załącznik nr 8 Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	92
X	Załącznik nr 9 Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	97
XI	Załącznik nr 10 Katalog Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”	100
XII	Załącznik nr 11 Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”	101

Informacja do ogólnych warunków ubezpieczenia na życie „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”, zatwierdzonych Uchwałą nr 178/2020 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 8 września 2020 roku i wprowadzonych w życie z dniem 25 października 2020 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 10, § 11, § 12, § 15 ust. 5, § 16 ust. 4, 6, § 17 ust. 4, 6, § 18 ust. 4, 6, § 19 ust. 7, 9, § 20 ust. 8, 11, § 21 ust. 8, 11, § 22 ust. 10, 13, 15, § 23 ust. 4, 8, § 24 ust. 15, § 25 ust. 9, § 26 ust. 13, 15, § 27 ust. 12, 14 § 28 ust. 15, § 29 ust. 11, § 30 ust. 6, § 31 ust. 15, 32 ust. 15, 20, § 33 ust. 10, 11, § 34 ust. 10, § 35 ust. 6, § 36 ust. 5, 7, § 37 ust. 9, 11, § 38 ust. 19, § 39 ust. 15, 17, § 40 ust. 17, § 41 ust. 5, 7, § 42 ust. 8, § 43 ust. 9, § 44 ust. 6, § 45 ust. 9, 12, § 46 ust. 8, § 47 ust. 10, § 48 ust. 7, § 49 ust. 11, § 50 ust. 19, § 51 ust. 14, 19, § 52 ust. 9, § 53 ust. 16, § 54 ust. 16, § 55 ust. 11, § 56 ust. 3, § 57 ust. 4, § 58 ust. 10, § 59 ust. 6, § 60 ust. 26, § 61 ust. 4, 20, § 62 ust. 10, § 63 ust. 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§7, § 9, § 19 ust. 2 - 4, 7, § 20 ust. 3 pkt 2), § 21 ust. 3 pkt 2), ust. 8, § 22 ust. 3, 4, 10, § 23 ust. 4, § 24 ust. 2, 3, 5, 9, 12, § 25 ust. 5, § 26 ust. 2, 3, 5, 6, 9, 13, § 27 ust. 7, 8, 11, 12, § 28 ust. 3 - 5, 7, 12 - 14, § 29 ust. 2 - 4, 8, § 31 ust. 3 - 6, 8 - 10, § 32 ust. 4, 5, 16 - 18, § 33 ust. 3, 4, § 34 ust. 2, 3, 5, § 36 ust. 5, § 37 ust. 2 - 6, 9, § 38 ust. 2, 3, 5, 6, 11, 14, 16, § 39 ust. 2, 3, 5, 6, 11 - 13, 15, § 40 ust. 3 - 7, 9, 14-16, § 41 ust. 5, § 42 ust. 2, 3 § 43 ust. 2, 3, 6, § 44 ust. 3, § 45 ust. 7, 9, § 46 ust. 2, 3, § 47 ust. 2, 3, 10 § 48 ust. 4, § 49 ust. 2, 3, 10, § 50 ust. 2, 3, 5, 9, 10, 13, 15, § 51 ust. 3, - 5, 7, 12, 15 - 17, § 52 ust. 3 - 5, 10, 11, § 53 ust. 3 - 6, 8 - 10, 13, § 54 ust. 3 - 5, 7, 10, 13 - 15, § 55 ust. 2, 3, 5 - 7, § 56 ust. 3 - 5, § 57 ust. 4 - 6, § 58 ust. 2, 3, 5, § 59 ust. 3, § 60 ust. 10 - 16, 21 - 23, 26, 27, § 61 ust. 4, 5, 10, § 62 ust. 5, 6, 9, § 63 ust. 2 - 4.

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUŃZ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, niezależne od jego woli; które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka ubezpieczeniowego, w którym zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem choroby, a w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pakietu dodatkowego, ww. schorzenia lub nieprawidłowości, muszą być po raz pierwszy zdiagnozowane po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego będącego w pakiecie dodatkowy. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, rekonwalescencji dziecka, pierwsza diagnoza, o której mowa powyżej może nastąpić jeszcze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) **Covid-19** – chorobę infekcyjną o ostrym przebiegu, spowodowaną zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, powodującą objawy ogólnoustrojowe oraz w układzie oddechowym. Warunkiem stwierdzenia wystąpienia choroby jest potwierdzenie obecności wirusa SARS-CoV-2 w dokumentacji medycznej na podstawie wykonanego testu diagnostycznego,
 - 3) **czynności życia codziennego:**
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni,
 - 4) **druga opinia medyczna** – wydaną na piśmie opinię lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego w zakresie poprawności ustalonej diagnozy przez lekarza prowadzącego, podjętego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej,
 - 5) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w trakcie trwania odpowiedzialności, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala,
 - 6) **dziecko** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego,
 - 7) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera spowodowane wypadkiem, powodujące wydanie przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia, lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub decyzji komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, stwierdzającej że osoby te są całkowicie niezdolne do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostają trwale i całkowicie niezdolne do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokują odzyskania zdolności do pracy,
 - 8) **katalog drugiej opinii medycznej ubezpieczonego** – „Katalog Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 10 do OWU,
 - 9) **katalog metod leczenia specjalistycznego** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 3 do OWU,
 - 10) **katalog metod leczenia specjalistycznego dziecka** – „Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 4 do OWU,
 - 11) **katalog operacji** – „Katalog Operacji „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 5 do OWU,
 - 12) **katalog operacji dziecka** – „Katalog Operacji Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny Dziecka” stanowiący załącznik nr 6 do OWU,
 - 13) **katalog powikłań operacji dziecka** – „Katalog Powikłań Operacji Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 7 do OWU,
 - 14) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 8 do OWU,
 - 15) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 9 do OWU,
 - 16) **katalog wad wrodzonych** – „Katalog Wad Wrodzonych „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” stanowiący załącznik nr 1 do OWU,
 - 17) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy), powołanego przez ubezpieczyciela, wydającego opinię w sprawie inwalidztwa, niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu, wystąpienia poważnego zachorowania, zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową oraz wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19 na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
 - 18) **leczenie specjalistyczne** – jedną z metod leczenia wymienionych i zdefiniowanych w katalogu metod leczenia specjalistycznego zastosowanych w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego lub leczenia specjalistycznego dziecka i zastosowanych po raz pierwszy w życiu u ubezpieczonego lub dziecka,
 - 19) **małżonek** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym

w związku małżeńskim,

- 20) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w tym samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – miesiąc polisowy rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego,
- 21) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku choroby lub wypadku, trwała i bezpowrotnie utratę zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 3) czynności życia codziennego, potwierdzoną wydaniem przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia, lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub decyzji komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu i zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokującą możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji; okres 12 miesięcy, o którym mowa powyżej musi rozpocząć się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i może trwać po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia,
- 22) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK - oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii),
- 23) **operacja** – zabieg chirurgiczny, wykonany w placówce medycznej w warunkach bloku operacyjnego, przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, wymieniony w katalogu operacji. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji:
- a) operacja wykonana metodą endoskopową – operacja z użyciem urządzenia umożliwiającego doprowadzenie światła, optyki, odpowiednich narzędzi chirurgicznych do wnętrza narządu i jam ciała;
 - b) operacja metodą otwartą - operacja polegająca na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączone z czynnościami określonymi w terminologii medycznej jako rękoczyny wewnątrz ww. struktur;
 - c) operacja metodą zamkniętą – operacja bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu).
- Jeżeli w katalogu operacji nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja jest wykonana, TUnŻ „WARTA” S.A. ponosi odpowiedzialność za operację wykonaną metodą otwartą lub endoskopową,
- 24) **operacja wtórna** – kolejny zabieg chirurgiczny, wykonany w związku z wcześniejszym zabiegiem operacyjnym,
- 25) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – śmierć ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 26) **pakiet dodatkowy** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany we wnioskopolisie lub w aneksie do wnioskopolicy pakiet ryzyk ubezpieczeniowych, wybrany przez ubezpieczającego w celu rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej; w ramach pakietów dodatkowych mogą występować warianty pakietów dodatkowych,
- 27) **partner** – osobę wskazaną we wnioskopolisie lub innym dokumencie, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona; o ile ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z osobą trzecią,
- 28) **placówka medyczna** – placówkę działającą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych); grupowa praktyka lekarska, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej o specjalności zabiegowej uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, której zadaniem jest leczenie w warunkach specjalnie do tych celów przystosowanych i posiadająca blok operacyjny; przez placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia; placówką medyczną w rozumieniu niniejszej umowy nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; niniejsza definicja ma zastosowanie do ryzyk ubezpieczeniowych: operacji ubezpieczonego oraz operacji dziecka,
- 29) **początek okresu ubezpieczenia** – datę określającą rozpoczęcie okresu ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu pakietu dodatkowego. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu określonym we wnioskopolisie lub aneksie do wnioskopolicy jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 30) **powikłania operacji** – nieplanowany wynik operacji wykonanej w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powikłania operacji dziecka, powodujący uszkodzenie lub dysfunkcję organu, narządu lub układu nie występujące przed operacją. Powikłania operacji muszą wystąpić w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego,
- 31) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania,
- 32) **rekonwalescencja szpitalna** – trwający nieprzerwanie pobyt na zwolnieniu lekarskim, bezpośrednio po pobycie w szpitalu z tytułu: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus” kończącym się w trakcie trwania

- odpowiedzialności ubezpieczyciela, zwolnienie lekarskie musi być wydane przez szpital, w którym przebywał bezpośrednio przed zwolnieniem ubezpieczony, małżonek lub partner,
- 33) **rekonwalescencja dziecka** – powrót do zdrowia dziecka ubezpieczonego po nieprzerwanym i trwającym powyżej 14 dni pobycie dziecka w szpitalu w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka,
- 34) **rocznica polisy** – rocznicę umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi początku okresu ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego,
- 35) **rodzic**:
- naturalnego ojca lub matkę ubezpieczonego, lub
 - osobę, która dokonała przysposobienia ubezpieczonego, lub
 - ojczyrna lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna i macochę rozumie się:
 - osobę niebędącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub
 - wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu ubezpieczonego, niebędącą/niebędącym biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła/wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 36) **rodzic małżonka lub rodzic partnera**:
- naturalnego ojca lub matkę małżonka lub partnera ubezpieczonego, lub
 - osobę, która dokonała przysposobienia małżonka lub partnera ubezpieczonego lub
 - ojczyrna lub macochę małżonka lub partnera ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, przy czym przez ojczyrna lub macochę rozumie się:
 - 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
 - wdowę/wdowca po naturalnym rodzicu małżonka lub naturalnym rodzicu partnera ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła/wstąpił ponownie w związek małżeński,
 - naturalnego ojca lub matkę zmarłego małżonka lub zmarłego partnera ubezpieczonego, o ile ubezpieczony na dzień zajścia zdarzenia śmierci rodzica małżonka lub rodzica partnera ubezpieczonego:
 - nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
 - nie złożył oświadczenia o wstąpieniu w związek partnerski, lub
 - nie był wskazany jako partner przez innego ubezpieczonego,
- 37) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
- 38) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna w Warszawie,
- 39) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych,
- 40) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego,
- 41) **suma ubezpieczenia** – kwotę określoną we wnioskopolisie, albo aneksie do wnioskopolisy, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowej,
- 42) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej 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; szpitalem w rozumieniu warunków ubezpieczenia nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej, Wielkiej Brytanii; niniejsza definicja ma zastosowanie do ryzyk ubezpieczeniowych: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, rekonwalescencji dziecka, ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu,
- 43) **śmierć noworodka** – urodzenie się martwego dziecka ubezpieczonego potwierdzone aktem urodzenia zawierającego adnotację dotyczącą martwego urodzenia oraz śmierć dziecka ubezpieczonego, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 44) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach ryzyka ubezpieczeniowego drugiej opinii medycznej ubezpieczonego,
- 45) **tabela norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu** – tabelę stanowiącą załącznik nr 2 do OWU,
- 46) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, lub wypadku komunikacyjnego, któremu ubezpieczony, lub dziecko uległo w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 47) **ubezpieczający** – osoba fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia,
- 48) **ubezpieczenie lekowe** – ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego wypłacane są ubezpieczonemu środki pieniężne na zakup produktów w aptekach, przysługujące ubezpieczonemu lub dziecku po pobycie w szpitalu,
- 49) **ubezpieczony** – osobę fizyczną wskazaną w umowie ubezpieczenia, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpiecza-

- jący,
- 50) **udar mózgu** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, śmierci małżonka lub partnera na skutek udaru mózgu, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, świadczenia pomocowego po udarze mózgu, pakietu medycznego „pomoc po udarze mózgu”, martwicy tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecności obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres minimum 60 dni, od chwili rozpoznania udaru mózgu (warunek ten nie dotyczy ryzyka ubezpieczeniowego: śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu), a w przypadku ryzyka ubezpieczeniowego pakiet medyczny „pomoc po udarze mózgu” ww. okres ulega skróceniu do minimum 30 dni),
 - obecności nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakikolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym,
 - symptomy spowodowane migreną,
 - choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi,
 - niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).
- 51) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawieraną na podstawie OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, przez którą ubezpieczyciel w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
- 52) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
- 53) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego,
- 54) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik nr 1 do OWU) stwierdzoną przez lekarza do 3 roku życia dziecka,
- 55) **urodzenie się wnuka** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka ubezpieczeniowego,
- 56) **urodzenie się wnuka z wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka córce lub synowi ubezpieczonego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, u którego stwierdzono wadę wrodzoną wymienioną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (załącznik nr 1 do OWU) zdiagnozowaną przez lekarza do 3 roku życia dziecka,
- 57) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 58) **wariant ubezpieczenia** – określony przez ubezpieczyciela i wskazany we wnioskopolisie lub aneksie do wnioskopolisy zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący dane ryzyka ubezpieczeniowe, wybierany przez ubezpieczającego,
- 59) **wnioskopolisa** – formularz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 60) **współubezpieczony** – osobę będącą małżonkiem, partnerem, rodzicem, rodzicem małżonka lub partnera, dzieckiem ubezpieczonego, dzieckiem syna lub córki ubezpieczonego wskazaną w ryzykach ubezpieczeniowych, której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie lub życie,
- 61) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka, partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie danych ryzyk ubezpieczeniowych. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych: dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, rekonwalescencji dziecka, wypadek o którym mowa powyżej może nastąpić przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
- 62) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę i powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, w związku z ruchem:
- ładowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, moto-

rowerzystów, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:

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

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

c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek lub partner podróżował jako pasażer,

63) wypadek komunikacyjny przy pracy – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS, w związku z ruchem:

a) lądowym pojazdom silnikowych, rowerzystów, motorowozystów, w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony, małżonek lub partner brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:

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

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

c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony, małżonek lub partner podróżował jako pasażer, i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP:

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

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

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

64) wypadek przy pracy – wypadek powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP, który nastąpił w związku z pracą:

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

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

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

65) wypadek w szkole – wypadek powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego dziecka zakwalifikowany jako wypadek w szkole, przez organ do tego upoważniony, lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe, w związku z uczestnictwem w zajęciach szkolnych, podczas których realizowany jest pod

nadzorem pedagogiczno-dydaktycznym program nauczania, uwzględniający podstawę programową kształcenia uczniów w konkretnej szkole lub klasie,

66) wystąpienie niewydolności oddechowej Covid-19 – zdiagnozowanie w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ryzyka wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19 ostrej (nadostrej) niewydolności oddechowej powstałej w wyniku zachorowania na Covid-19, potwierdzonego w dokumentacji medycznej na podstawie wyniku przeprowadzonego testu genetycznego, charakteryzującej się dusznością spoczynkową oraz wymagającą leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) poprzez wspomaganie oddychu za pomocą respiratora przez co najmniej 72 godziny. Za datę diagnozy Covid-19 uznaje się datę pobrania materiału do testu,

67) wystąpienie poważnego zachorowania – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania.

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

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

b) w przypadku: operacji pomostowania naczyń wieńcowych, przeszczepiania narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, bąblowca mózgu, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, ropnia mózgu, zakażonej martwicy trzustki, utraty kończyny wskutek choroby - przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,

c) w przypadku: niewydolności nerek, anemii aplastycznej – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,

d) w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia – zajścia wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

68) wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać roz-

poczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.

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

a) w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej niewydolności wątroby, choroby Kawasaki, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, nagminnego porażenia dziecięcego (poliomyelitis), paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, tężca, zakażenia wirusem HIV/AIDS – postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia,

b) w przypadku: operacji serca w krążeniu pozaustrojowym – przeprowadzenie operacji,

c) w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy, anemii aplastycznej – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia,

d) w przypadku: ciężkiego oparzenia, paraliżu, utraty kończyn, utraty słuchu, utraty wzroku – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw,

69) zachorowanie na chorobę nowotworową – zachorowanie na nowotwór złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową oraz musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

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

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 stopnia zaawansowania według innej klasyfikacji,

c) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,

d) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),

e) przewlekłej białaczki limfatycznej 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 pobrania materiału do badania histopatologicznego.

70) zawał serca – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca, śmierci małżonka lub partnera

na skutek zawału serca, dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie ww. musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącymi wymienionymi klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

- zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez szpital, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia

społecznego w razie choroby lub wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.
- W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk ubezpieczeniowych w zależności od wybranych wariantów ubezpieczeniowych lub pakietów dodatkowych.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

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

Tabela nr 1

Warianty ubezpieczenia	Zawarcie umowy ubezpieczenia wg. kryterium wieku ubezpieczonego:			
	Ukończony 18 rok życia i nieukończony 56 rok życia	Ukończony 18 rok życia i nieukończony 66 rok życia	Ukończony 55 rok życia i nieukończony 70 rok życia	Ukończony 70 rok życia i nieukończony 80 rok życia
Warianty ubezpieczenia	Warianty: „Twoje Życie”, „Twoje Życie Plus”	Warianty: „Twoje Życie VIP”, „Twoje Życie i Zdrowie”, „Twoje Życie i Zdrowie Plus”, „Życie Rodziny”, „Życie Rodziny Plus”, „Życie Rodziny Premium”, „Życie Rodziny VIP”, „Życie i Zdrowie Rodziny”, „Życie i Zdrowie Rodziny Plus”, „Życie i Zdrowie Rodziny Premium”, „Życie i Zdrowie Rodziny VIP”, „Życie i Zdrowie Rodzic z Dzieckiem”, „Życie i Zdrowie We Dwoje”.	Wariant „Twoje Życie 55 Plus”	Wariant „Twoje Życie 55 Plus” ¹

¹ Możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia przez osobę, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 70 rok życia i nie ukończyła 80 roku życia, dotyczy tylko osób, które:

- w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, objęte były ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie i złożyły oświadczenie o rezygnacji bądź wypowiedzeniu umowy, w okresie do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie, albo
- były objęte, bezpośrednio przed zawarciem umowy w zakresie Wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie „WARTA Dla Ciebie i Rodziny” z datą początku odpowiedzialności do 1 listopada 2020 r.

- Za zgodą ubezpieczyciela ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej o pakiety dodatkowe.
- W ramach danego pakietu dodatkowego ubezpieczający może wybrać wyłącznie jeden wariant pakietu dodatkowego.
- Wybór pakietu dodatkowego przez ubezpieczającego jest możliwy w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
- Po pierwszej rocznicy polisy ubezpieczający może wybrać lub zmienić pakiet dodatkowy w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Powyższa zmiana umowy ubezpieczenia obowiązuje począwszy od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia wniosku o dokupienie/zmianę pakietu dodatkowego. Zmiana zakresu ubezpieczenia będzie potwierdzona aneksem do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 9.
- Ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia o pakiety dodatkowe w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej jest możliwe od dnia wskazanego w przesłanej propozycji, będącej jednocześnie aneksem do wnioskopolisy, jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8, 9, 10.
- W propozycji rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o dany pakiet dodatkowy, o której mowa w ust.7, ubezpieczyciel określi w szczególności:
 - początek okresu ubezpieczenia dla pakietu dodatkowego,
 - zakres ochrony ubezpieczeniowej wynikający z dokonanego rozszerzenia,
 - wysokości świadczeń w ryzykach ubezpieczeniowych oraz wysokość składki wynikającej z zaproponowanej

zmiany.

Ubezpieczający wyraża zgodę na propozycję zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej, poprzez opłacenie składki w nowej wysokości w terminie wskazanym w przesłanej propozycji ubezpieczyciela.

9. Pakiet dodatkowy zawierany jest na okres jednego roku licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia z tytułu pakietu dodatkowego, nie dłużej jednak niż na okres trwania umowy ubezpieczenia. Początek okresu ubezpieczenia z tytułu pakietu dodatkowego wskazany jest we wnioskopolisie, albo w aneksie do wnioskopolisy. Pakiet dodatkowy przedłuża się na następny roczny okres, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o rezygnacji z pakietu dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Rezygnacja z danego pakietu dodatkowego jest możliwa w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną przez ubezpieczającego rezygnacją z pakietu dodatkowego poczynawszy od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu jej zgłoszenia do ubezpieczyciela. Rezygnacja z danego pakietu dodatkowego jest równoznaczna z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych objętych danym pakietem dodatkowym w ostatnim dniu miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał zgłoszenie rezygnacji. Rezygnacja z danego pakietu dodatkowego nie oznacza rozwiązania umowy ubezpieczenia.
11. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, nie posiada ochrony ubezpieczeniowej z tytułu grupowego bądź indywidualnego ubezpieczenia na życie „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”.
12. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wnioskopolisy złożonej przez ubezpieczającego, na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
13. Jeżeli wnioskopolisa została wypełniona nieprawidłowo lub jest niekompletna, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jej uzupełnienia.
14. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
15. Ubezpieczający może dokonać zmiany wariantu ubezpieczenia w każdym okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że:
 - 1) zmiana wariantu ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia przez ubezpieczającego wniosku o dokupienie/zmianę wariantu,
 - 2) jest to pierwsza zmiana w roku polisowym danego ubezpieczającego.Do zmiany wariantu dochodzi poprzez rozwiązanie dotychczasowej umowy i zawarcie nowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem wariant ubezpieczenia wybrany przez ubezpieczającego. Początek okresu ubezpieczenia następuje z pierwszym dniem miesiąca polisowego. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczycieli potwierdzi wnioskopolisą, z zastrzeżeniem ust. 16.
16. Ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu zmianę wariantu ubezpieczenia w ramach dotychczasowej umowy ubezpieczenia, w każdym okresie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiana wariantu ubezpieczenia obowiązuje od dnia wskazanego w przesłanej propozycji, będącej jednocześnie aneksem do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 17.
17. W propozycji zmiany wariantu ubezpieczenia, ubezpieczyciel określi w szczególności:
 - 1) początek okresu ubezpieczenia dla nowego wariantu ubezpieczenia,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej wynikający ze zmiany wariantu,
 - 3) wysokości świadczeń w ryzykach ubezpieczeniowych oraz wysokość składki wynikającej z zaproponowanej

zmiany.

Ubezpieczający wyraża zgodę na propozycję zmiany wariantu ubezpieczenia, poprzez opłacenie składki w nowej wysokości w terminie wskazanym w przesłanej propozycji ubezpieczyciela.

18. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) upływu okresu na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres zgodnie z ust. 1,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 21,
 - 3) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia wniosku, o odstąpieniu,
 - 4) niezapłacenia składki, w sytuacji o której mowa w § 5 ust. 2 – z upływem dodatkowego terminu wyznaczonego w pisemnym wezwaniu,
 - 5) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego,
 - 6) ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 70 urodzin ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 7),
 - 7) ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia – w pierwszą rocznicę polisy następującą po dniu 80 urodzin ubezpieczonego, w przypadku obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”, z zastrzeżeniem § 13.
 - 8) rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 15 – z dniem poprzedzającym początek okresu ubezpieczenia nowej umowy ubezpieczenia.
19. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej w ramach danego pakietu dodatkowego, jest wskazany we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
20. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
21. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie.
22. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
23. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 4

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

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

§ 5

1. Brak wpłaty pierwszej składki w wysokości wskazanej we wnioskopolisie, w terminie 14 dni od dnia początku okresu ubezpieczenia, oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia z upływem tego terminu.
2. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 4 ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
3. Składkę również uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej kwoty będzie niższa niż wynikająca z umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6

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

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 2 do 4.
2. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pakietu dodatkowego, na zasadach określonych w § 3 ust. od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko śmierć ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyka śmierci ubezpieczonego występującego w ramach pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie i w wysokości wskazanej w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, 2, w okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 1, 2, polega na wypłacie świadczenia jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych dotyczących współubezpieczonych wygasa z dniem rozwiązania umowy, o którym mowa w § 3 ust. 18.
5. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed początkiem okresu ubezpieczenia, był objęty ochroną z tytułu:
 - 1) umów grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) umów indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w ramach danego wariantu ubezpieczenia lub w ramach danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia,do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, 2 oraz w § 19, § 22, § 28, § 29, § 31, § 32, § 34, § 37, § 40, § 42, § 43, § 46, od § 51 do § 54, § 58, a także do okresu 3 miesięcy o których mowa w § 24, § 26, § 38, § 39, § 50, § 55 oraz do okresu 10 miesięcy, o których mowa w § 47, § 49 zalicza się okres opłacania składek z poprzednich ww. umów ubezpieczenia na życie, z poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia, lub z poprzedniego danego pakietu dodatkowego, o ile ubezpieczony:

- 5) wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) rozwiązał umowę ubezpieczenia, albo
 - 7) zmienił wariant ubezpieczenia, lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego,
- w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, oraz o ile ochrona ubezpieczeniowa z ww. umów ubezpieczenia na życie, następowała bezpośrednio po sobie, z zastrzeżeniem ust. od 6 do 11 oraz § 9 ust. 19.
6. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 oraz w § 22, a także do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w § 49, zalicza się okres opłacania składek z poprzednich umów ubezpieczeń na życie, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu:
 - 1) umów grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) umów indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albow dniu zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia i:
 - 3) wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) rozwiązał umowę indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie,najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia, oraz o ile ochrona ubezpieczeniowa z ww. umów ubezpieczenia na życie, następowała bezpośrednio po sobie, z zastrzeżeniem ust. od 7 do 11 oraz § 9 ust. 19.
 7. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus” zalicza się również okres opłacania składek z poprzedniego wariantu ubezpieczenia lub z poprzedniego danego pakietu dodatkowego, o ile ubezpieczony zmienił wariant ubezpieczenia, lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 19.
 8. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, albo z poprzedniego wariantu ubezpieczenia lub z poprzedniego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. od 5 do 7, następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania.
 9. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, zaliczenie okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. od 5 do 6 oraz § 9 ust. 19, następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. od 5 do 6 oraz § 9 ust. 19 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie, przy czym w przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wystąpienia poważnego zachorowania – dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. od 5 do 6, oraz § 9 ust. 19 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 6 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie albo aneksie do wnio-

skopolisy – w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus,

- 4) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. od 5 do 6 oraz § 9 ust. 19, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
10. W przypadku zaliczenia okresu opłacania składek odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Ograniczenie nie dotyczy ryzyk ubezpieczeniowych: dziennego świadczenia szpitalnego, dziennego świadczenia szpitalnego PLUS, operacji ubezpieczonego, operacji dziecka oraz leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.

PARTNER JAKO WSPÓLUBEZPIECZONY

§ 8

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

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 7 oraz ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 42 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 5) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na

broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów.

2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 34, § 43 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia małżonka lub partnera, dziecka, na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka lub partnera, dziecko w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka lub partnera, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 46, nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 2) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych od § 15 do § 32, od § 35 do § 41, § 44, § 45, od § 50 do § 55, § 59, § 63 nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 5) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, ratownik, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów,

- 6) zatrucia lub działania ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) rozpoznania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznymi, zaburzeń nerwicowych, uzależnień,
 - 8) prowadzenia przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem,
 - 9) przewozu lotniczego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecka w innym charakterze niż pasażera licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, rodzica, rodzica małżonka lub partnera, dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
5. Wyłączenia, o których mowa w niniejszym paragrafie, nie mają zastosowania do ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych od § 47 do § 49, § 58.
 6. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: § 19 i § 37 wyłączenie odpowiedzialności w zakresie popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), ograniczone jest do 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
 7. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 27, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rekonwalescencji poszpitalnej w związku z pozostawaniem ubezpieczonego: w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawaniem ww. osób na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.
 8. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych: od § 24 do § 26, § 38, § 39, § 50, § 55 odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte przypadki pobytu w szpitalu lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku:
 - 1) pełnieniem przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 2) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 3) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 4) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - 5) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym – z wyłączeniem przypadków powikłania ciąży, porodu lub położu,
 - 6) pozostawiania ubezpieczonego, partnera lub małżonka, dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej oraz pozostawianiem ww. osób na izbie przyjęć lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją.
 9. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 31 lub § 53, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 3) zabiegów plastyczno-kosmetycznych związanych z zastosowaniem radioterapii powierzchniowej.
 10. W przypadku ryzyk ubezpieczeniowych wymienionych w: od § 28 do § 30, § 40, § 54, § 63 odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku chorób związanych z infekcją wirusem HIV.
 11. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 32, § 51, § 52 odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) operacji plastyczno-kosmetycznych, w tym usunięcia, pomniejszenia, powiększenia piersi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacji przeprowadzanych w celach diagnostycznych lub profilaktycznych, jak również drobnych zabiegów chirurgicznych niewymagających warunków bloku operacyjnego,
 - 4) operacji stomatologicznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 5) operacji związanymi z leczeniem niepłodności,
 - 6) operacji wtórnych przeprowadzonych w ciągu tego samego pobytu ubezpieczonego w placówce medycznej,
 - 7) operacji korekcji wady wzroku.
 12. W przypadku ryzyka ubezpieczeniowego wymienionego w § 22, odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi wyłączeniami w ust. 4, nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) chorób związanych z infekcją wirusem HIV,
 - 2) rozpoznanego u ubezpieczonego stwardnienia rozsianego z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prązków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa).
 13. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
 14. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed początkiem okresu ubezpieczenia, był objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umów indywidualnego kontynuowania grupo-

- wego ubezpieczenia na życie, albo
- 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w ramach danego wariantu ubezpieczenia lub w ramach danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia,
- do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) i ust. 2 pkt 1), zalicza się okres opłacania składek z poprzednich umów ubezpieczenia na życie, z poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub z poprzedniego danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile ubezpieczony:
- 5) wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo
 - 6) rozwiązał umowę ubezpieczenia na życie, albo
 - 7) zmienił wariant ubezpieczenia lub pakietu dodatkowego,
- w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, o ile ochrona ubezpieczeniowa z ww. umów ubezpieczenia na życie, następowała bezpośrednio po sobie, z zastrzeżeniem ust. od 15 do 19.
15. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, do okresu 2 lat o którym mowa w ust. 1 pkt 1) zalicza się okres opłacania składek z poprzednich umów ubezpieczenia na życie, o których mowa w ust. 14, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie albo umów indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie, oraz ochrona ubezpieczeniowa z ww. umów ubezpieczenia na życie, następowała bezpośrednio po sobie, z zastrzeżeniem ust. od 16 do 18.
 16. Zaliczenie okresu opłacania składek z poprzedniej umowy ubezpieczenia na życie, o którym mowa w ust. 14, 15 następuje pod warunkiem obejmowania ubezpieczonego umową ubezpieczenia na życie przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie.
 17. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem zaliczenie do okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. od 14 do 16, 19, następuje pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14, 15, 19 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie ryzyko ubezpieczeniowe, z tytułu którego następuje zaliczenie,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 14, zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 15 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie – w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”,
 - 4) wysokość świadczenia, z ryzyka z tytułu którego następuje zaliczenie, w przypadku umowy ubezpieczenia na życie o której mowa w ust. 14, 15, 19 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem.
 18. W przypadku zaliczenia opłacania składek odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania

- wysokości świadczenia obowiązującej w umowie ubezpieczenia na życie, którą dotychczas był objęty dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia z umowy ubezpieczenia.
19. Zaliczenie okresu opłacania składek, o którym mowa w ust. 14, 17 oraz w § 7 ust. od 5 do 7, następuje również w przypadku, gdy ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie,
 - 4) w ramach danego wariantu ubezpieczenia lub w ramach danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia,i ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ww. umowy, albo z tytułu danego wariantu ubezpieczenia, danego pakietu dodatkowego zakończyła się w okresie 30 dni przed początkiem okresu ubezpieczenia. Wówczas odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia, ale ograniczona jest do wypłaty świadczenia zgodnie z ust. 18. Do okresów, o których mowa w § 7 ust. od 5 do 7 zalicza się okres opłacania składek z poprzedniej umowy z wyłączeniem okresu bez ochrony ubezpieczeniowej, poprzedzającego zawarcie umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia § 11 i § 12 oraz w oparciu o właściwe postanowienia trybiku ubezpieczeniowych.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. od 3 do 10, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczonego, jeżeli nie jest osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
5. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
6. Jeżeli w terminach określonych w ust. 4, 5 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.

7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień wpłaty na rachunek bankowy uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. W przypadku, gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
11. Do wniosku o wypłatę świadczenia lub zawiadomienia o zajściu zdarzenia z tytułu śmierci ubezpieczonego osoba zgłaszająca roszczenie jest obowiązana dołączyć:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dwie strony dowodu osobistego osoby uprawnionej,
 - 3) dokumenty, z których wynikają okoliczności i przyczyna zgonu ubezpieczonego (np. karta zgonu, dokumentacja lekarska, wynik sekcji zwłok, dokumenty z prokuratury),
 - 4) inne dokumenty, o które poprosi ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia podstawy do wypłaty świadczenia i jego wysokości.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 11

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

§12

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi,
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób

wymienionych w pkt 3).

WARIANT „TWOJE ŻYCIE 80 PLUS”

§ 13

1. W związku z ukończeniem przez ubezpieczonego 80 roku życia zgodnie z § 3 ust. 18 pkt 7), ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach wariantu „Twoje Życie 80 Plus” na zasadach opisanych poniżej, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. W okresie co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy, ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach.
3. W propozycji przedłużenia umowy na zmienionych warunkach ubezpieczyciel określi: nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokościami świadczeń oraz wysokością składki wynikającej z zaproponowanej zmiany.
4. W przypadku braku zgody ubezpieczającego na zmienione warunki umowy, wyrażonej nieopłaceniem składki w terminie wskazanym w przesłanej propozycji, ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 roku życia.

RYZYKA UBEZPIECZENIOWE

§ 14

Zgodnie z wybranym wariantem lub pakietem dodatkowym przez ubezpieczającego, zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować ryzyka ubezpieczeniowe, wymienione w § 15 – § 63. W sprawach nieuregulowanych w § 15 – § 63 mają zastosowanie pozostałe zapisy OWU.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 15

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego

§ 16

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ko-

- munikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią ubezpieczonego.
 5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
 6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku przy Pracy § 17

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy § 18

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
4. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a śmiercią ubezpieczonego.

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

Śmierć Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu § 19

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
5. W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
6. Z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią ubezpieczonego.
8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest osoba wymieniona w OWU.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku § 20

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego

- go w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 3. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „Tabelę Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” stanowiącą załącznik nr 2 do OWU.
 5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
 6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
 7. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisys.
 8. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
 9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 10. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
 11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

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

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

nego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

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

Powstanie Niezdolności do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego

§ 22

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust 2.
- W ramach umowy ubezpieczenia w wariancie „Twoje Życie 80 Plus” ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6.
- W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
- W przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5, 6.
- Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
- W przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel wypłaca określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy część świadczenia w postaci renty terminowej, albo w postaci jednorazowej kwoty, zgodnie z wyborem osoby uprawnionej.
- Renta terminowa wypłacana jest z częstotliwością miesięczną w 6 ratach.
- Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego

punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, lub chorobą a niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.

- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
- Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.

Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 23

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
- Z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
- Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem ubezpieczonego.
- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
- Z dniem wypłaty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa.
- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego

§ 24

- W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku

- wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 6.
 3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6.
 4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 5. Jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
 6. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 7. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
 8. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
 9. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu – trwał dłużej niż 6 dni.
 10. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę

świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.

11. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
13. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
14. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
16. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego Covid-19 § 25

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby Covid-19,
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku Covid-19.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba Covid-19 rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, o ile dzień pobrania materiału do testu oraz pozytywna diagnoza na obecność Covid-19 przypada w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
4. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego oraz pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
5. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą Covid-19 przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu

- lu trwał dłużej niż 3 dni.
6. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego Covid-19, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba Covid-19.
 7. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM w wyniku choroby Covid-19 wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
 8. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 10. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego PLUS § 26

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 6.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku choroby, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
6. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku choroby do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
7. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
8. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 11.
9. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobytym ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
11. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
12. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczonego PLUS ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym oraz za rekonwalescencją poszpitalną ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.
13. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy a pobytym ubezpieczonego w szpitalu.
14. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności

świadczenia.

16. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus” § 27

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku,
 - 2) pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku,
 - 3) pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - 4) rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego lub rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku albo w aneksie do wniosku jako początek okresu, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
4. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna w wyniku wypadku rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku, przysługuje wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 8.
5. W przypadku gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, pobyt ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, świadczenie szpitalne w ww. zakresie przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia.
6. Świadczenie za pobyt w szpitalu na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
7. Świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie 14 pierwszych dni, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wypadku komunikacyjnego, a nadto jest pierwszym pobylem w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym.
8. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczonego, przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
9. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczone-

go „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wniosku albo w aneksie do wniosku za pobyt ubezpieczonego w: szpitalu w wyniku wypadku, szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego oraz za rekonwalescencję poszpitalną ubezpieczonego w wyniku wypadku.

10. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wniosku albo w aneksie do wniosku z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wniosku albo w aneksie do wniosku.
12. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a pobylem ubezpieczonego w szpitalu.
13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
14. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
15. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania § 28

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik nr 8 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wniosku albo w aneksie do wniosku jako początek okresu, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 6.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we

- wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliśy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
6. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u ubezpieczonego w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy – w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia.
 8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia na życie,
 w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (danego rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogu poważnych zachorowań) i wystąpił z tej umowy ubezpieczenia albo ją rozwiązał, albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza, lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania:
 - 1) poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
 9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie ubezpieczonego, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
 10. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliśy.
 11. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 12. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
 13. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, w trakcie umowy ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
 14. 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.
 15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 16. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Zachorowanie Ubezpieczonego na Chorobę Nowotworową § 29

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliśy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, w ramach pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopoliśy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliśy w przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową: oka – C69 (wg ICD 10), pęcherzyka żółciowego – C23 (wg ICD 10), serca – C38 (wg ICD 10).
5. W przypadku zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie dotyczy zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową, którą zdiagnozowano lub leczono u ubezpieczonego w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
7. Z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w anek-

- sie do wnioskopolisy.
8. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego co najmniej dwóch nowotworów złośliwych, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową.
 9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 10. Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową wygasa.
 11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 12. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zachorowania ubezpieczonego na chorobę nowotworową ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Wystąpienie Niewydolności Oddechowej Ubezpieczonego Covid-19

§ 30

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19 rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. Z tytułu wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19 ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
5. Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19 wygasa.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
7. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia niewydolności oddechowej ubezpieczonego Covid-19 ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Leczenia Specjalistycznego Ubezpieczonego

§ 31

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie zastosowania u ubezpieczonego leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określony jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego stanowiącym załącznik nr 3 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia spe-

- cialistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 7.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. od 5 do 7.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego określonego w pkt 8) katalogu metod leczenia specjalistycznego powstałego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
6. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego ubezpieczonego na skutek choroby, stosowanego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4, a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie.
7. W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
8. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u ubezpieczonego. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
9. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
10. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia, tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.
11. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia,
 w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił z umowy ubezpieczenia albo rozwiązał ją albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za leczenie specjalistyczne ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzo-

- nej przez lekarza, lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania:
- 5) poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
- 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne ubezpieczonego,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
13. Z tytułu leczenia specjalistycznego ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. Wysokość wskaźnika procentowego sumy ubezpieczenia dla każdego z rodzajów leczenia specjalistycznego określona jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego.
14. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
15. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Operacje Ubezpieczonego **§ 32**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje wymienione w katalogu operacji, stanowiącym załącznik nr 5 do OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 5 do 7.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe operacji ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
7. W przypadku operacji ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 4, 5 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisywskiego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
9. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia,
 w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił z umowy ubezpieczenia albo rozwiązał ją, albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania:
 - 5) poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. od 10 do 12.
10. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa ust. 9, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albo umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i wystąpił albo rozwiązał ją najpóźniej do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia wskazanego we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 11, 12.
11. W przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje ubezpieczonego w wyniku wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie poprzedniego danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa ust. 9, o ile ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie poprzedniego danego pakietu dodatkowego w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, 10 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9, 10 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA”

- S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie operacje ubezpieczonego,
- 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 9, 10 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 3) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 10 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w terminie nie późniejszym niż do ostatniego dnia pierwszego miesiąca początku okresu ubezpieczenia – w przypadku wariantu „Twoje Życie 55 Plus”.
13. Po dwóch latach od daty początku okresu ubezpieczenia, gdy w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje ubezpieczonego spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem początku okresu ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, z zastrzeżeniem ust. 14.
 14. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 13, zalicza się również okres opłacania składek z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie albo umów indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albo w ramach danego wariantu ubezpieczenia lub w ramach danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia zawartych z TUnŻ „WARTA” S.A. przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umów.
 15. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
 16. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości:
 - 1) 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy (za operacje z poziomu 1),
 - 2) 25% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy (za operacje z poziomu 2),
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy (za operacje z poziomu 3),
 - 4) 75% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy (za operacje z poziomu 4),
 - 5) 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy (za operacje z poziomu 5).
 17. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
 18. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia tej kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 19.
 19. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 18 zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
 20. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 21. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Druga Opinia Medyczna Ubezpieczonego

§ 33

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z drugiej opinii medycznej w zakresie chorób wymienionych w katalogu drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, stanowiącym załącznik nr 10 do OWU.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,
 - 2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego,
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – w przypadku wyrażenia stosownej prośby ubezpieczonego we wniosku o wydanie drugiej opinii medycznej.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej, rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowego, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej ubezpieczonego, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 2 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki.
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie drugiej opinii medycznej jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego zdiagnozowano chorobę u ubezpieczonego.
6. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu drugiej opinii medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna druga opinia medyczna.
7. W ramach drugiej opinii medycznej, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
 - 1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
 - 2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
 - 3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,

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

Śmierć Małżonka lub Partnera **§ 34**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wniosku albo w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 7.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci małżonka lub partnera, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 7.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 8, jeżeli śmierć małżonka lub partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 5 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 8, jeżeli śmierć partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
7. W przypadku śmierci małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
8. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wniosku albo w aneksie do wniosku.
9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony

zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku **§ 35**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego **§ 36**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka lub partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią małżonka lub partnera.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Małżonka lub Partnera na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 37

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 7.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierć małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 7.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Odpowiedzialność z tytułu śmierci partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 5, polega na wypłacie 10% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
7. W przypadku śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3, zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
8. Z tytułu śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
9. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci małżonka lub partnera na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią małżonka lub partnera.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Małżonka lub Partnera

§ 38

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5, 8.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe dzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5, 8.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. Jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku choroby oraz pobytu partnera w szpitalu na OIOM w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku oraz pobytu partnera w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
8. W przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu lub pobytu małżonka lub partnera w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
9. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu małżonka lub partnera jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
10. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne przysługują wyłącznie za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu trwał dłużej niż 6 dni.
11. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni, a w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego powikłaniami ciąży, porodu lub połogu – trwał dłużej niż 6 dni.
12. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie za pobyt małżonka lub partnera w: szpitalu oraz szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
13. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 14.
14. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie.
15. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie, z zastrzeżeniem ust. 16.
16. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisie.
17. Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
18. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
19. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
20. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Dzienne Świadczenie Szpitalne

Małżonka lub Partnera PLUS

§ 39

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie:
 - 1) pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku:
 - a. wypadku komunikacyjnego,
 - b. wypadku przy pracy,
 - c. zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera

- w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku choroby, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5, 8.
 3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe codzienne świadczenie szpitalne małżonka lub partnera PLUS, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku choroby, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5, 8.
 4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy lub rekonwalescencji poszpitalnej w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 5. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu małżonka lub partnera rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
 6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu oraz rekonwalescencji poszpitalnej partnera w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu partnera w szpitalu w wyniku wypadku przy pracy oraz rekonwalescencji poszpitalnej partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
 8. W przypadku pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu lub rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku choroby, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 9. W przypadku, gdy pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, codzienne świadczenie szpitalne przysługujące wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu małżonka lub partnera w szpitalu jest zawał serca lub udar mózgu – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 3 dni.
 10. W przypadku, gdy rekonwalescencja poszpitalna małżonka lub partnera rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia i zakończyła się po tym okresie, świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera przysługujące wyłącznie za każdy dzień rekonwalescencji przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 13.
 11. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym przysługuje za każdy dzień pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w okresie pierwszych 14 dni pod warunkiem, że:
 - 1) pobyt małżonka lub partnera w szpitalu rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, wypadku przy pracy lub wypadku komunikacyjnego, oraz
 - 2) pobyt jest pierwszym pobylem małżonka lub partnera w szpitalu spowodowanym danym wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem przy pracy, z zastrzeżeniem ust. 12.
 12. Świadczenie szpitalne za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu przysługuje, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni.
 13. Świadczenie w zakresie rekonwalescencji poszpitalnej małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby przysługuje za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie trwał nieprzerwanie, dłużej niż 9 dni.
 14. Z tytułu codziennego świadczenia szpitalnego małżonka lub partnera PLUS ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy za pobyt małżonka lub partnera w szpitalu spowodowany: zawałem serca lub udarem mózgu, wypadkiem przy pracy, wypadkiem komunikacyjnym oraz za rekonwalescencją poszpitalną małżonka lub partnera w wyniku wypadku lub choroby.
 15. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu małżonka lub partnera w szpitalu w wyniku: wypadku komunikacyjnego, wypadku przy pracy, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, wypadkiem przy pracy a pobylem małżonka lub partnera w szpitalu.
 16. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 17. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 18. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Wystąpienie u Małżonka lub Partnera Poważnego Zachorowania § 40

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania małżonka lub partnera.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowania określone w katalogu poważnych zachorowań stanowiącym załącznik nr 8 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania rozpo-

- czyną się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 4, 5, 8.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienie u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 8.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 6. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u partnera poważnego zachorowania określonego w pkt 8)-10) katalogu poważnych zachorowań powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
 8. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u małżonka lub partnera w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy – w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia.
 10. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia na życie, w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (danego rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogu poważnych zachorowań) i wystąpił z tej umowy ubezpieczenia albo ją rozwiązał, albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie małżonka lub partnera w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania:
 - 5) poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 11.
 11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 10 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie małżonka lub partnera, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 10 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
 12. Z tytułu wystąpienia u małżonka lub partnera poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 13. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 14. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań tego samego rodzaju, ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia pierwszego z nich.
 15. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera, w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, co najmniej dwóch poważnych zachorowań należących do różnych rodzajów, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za te poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co poważne zachorowanie, za które ubezpieczyciel wypłacił świadczenie.
 16. W przypadku wystąpienia u małżonka lub partnera co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.
 17. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 18. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować małżonka lub partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Inwalidztwo Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku § 41

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu z tytułu inwalidztwa partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego

Śmierć Dziecka

§ 43

- go po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 5. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a inwalidztwem małżonka lub partnera.
 6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

Osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego

§ 42

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 6, jeżeli osierocenie dziecka przez ubezpieczonego nastąpiło w wyniku wypadku.
5. W przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
6. Z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest dziecko ubezpieczonego.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku

§ 44

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci dziecka w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego miało ukończony 1 rok życia.
4. Z tytułu śmierci dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Powstanie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Wypadku

§ 45

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustala się w oparciu o „Tabelę Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” stanowiącą załącznik nr 2 do OWU.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia w dniu wypadku powodującego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka.
8. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
9. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

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

Śmierć Noworodka

§ 46

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci noworodka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierć noworodka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka, w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci noworodka w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 6, jeżeli śmierć noworodka nastąpiła w wyniku wypadku.
5. W przypadku śmierci noworodka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
6. Z tytułu śmierci noworodka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela jest ubezpieczony.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Urodzenie się Dziecka

§ 47

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się dziecka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5, 8.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe urodzenia się dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem

ust. 4, 5 i 8.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka w okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 6, wyłącznie w przypadku urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
5. W przypadku urodzenia się dziecka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
6. Z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną w wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka albo przysposobienie dziecka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
9. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego dziecka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się dziecka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka przez ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawnomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez ubezpieczonego.
10. W przypadku o którym mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej, wymienionej w katalogu wad wrodzonych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWU i stwierdzonej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Urodzenie się Dziecka z Wadą Wrodzoną **§ 48**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną wymienioną w katalogu wad wrodzonych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej.
5. Z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
6. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
7. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego dziecka z wadą wrodzoną oraz stwierdzenie wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia

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

Urodzenie się Wnuka **§ 49**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie urodzenia się wnuka.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5, 8.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe urodzenia się wnuka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 10 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5 i 8.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu urodzenia się wnuka w okresie 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 6, wyłącznie w przypadku urodzenia się wnuka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem ust. 10.
5. W przypadku urodzenia się wnuka do okresu 10 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5, 6.
6. Z tytułu urodzenia się wnuka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela jest ubezpieczony.
8. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wypłaci świadczenie, jeśli urodzenie się żywego wnuka albo przysposobienie wnuka nastąpiły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
9. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku urodzenia się żywego wnuka ubezpieczonemu uważa się datę urodzenia się wnuka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia wnuka przez dziecko ubezpieczonego za datę zajścia zdarzenia uważa się datę uprawnomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu wnuka przez dziecko ubezpieczonego.
10. W przypadku o którym mowa w ust. 4, odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy jednej wady wrodzonej, wymienionej w katalogu wad wrodzonych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWU i stwierdzonej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka **§ 50**

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

- 1) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby,
 - 2) pobytu dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole,
 - 3) pobytu dziecka w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku lub choroby.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu lub pobytu dziecka w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 6, 9.
 3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe - dzienne świadczenie szpitalne dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu lub pobytu dziecka w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6, 9.
 4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub wypadek w szkole lub pobytu dziecka w szpitalu na OIOM, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 5. Jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba - ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.
 6. W przypadku pobytu dziecka w szpitalu lub pobytu dziecka w szpitalu na OIOM, których przyczyną jest choroba, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 7. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed dniem początku okresu ubezpieczenia i zakończył się po ww. dacie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający po dacie początku okresu ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.
 8. W przypadku, gdy pobyt dziecka w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i zakończył się po tym okresie, dzienne świadczenia szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, a jeżeli przyczyną pobytu dziecka w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia trwał dłużej niż 5 dni.
 9. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy w dniu przyjęcia dziecka do szpitala lub przyjęcia dziecka do szpitala na OIOM mającego miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego dziecko miało ukończony 4 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia.
 10. Świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni.
 11. 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.
 12. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 13.
 13. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 14. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy, z zastrzeżeniem ust. 15.
 15. Za każdy dzień począwszy od 15 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego chorobą, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 16. Za każdy dzień począwszy od pierwszego dnia do 14 dnia pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego wypadkiem w szkole, przysługuje kwota dziennego świadczenia wskazana we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 17. Świadczenie szpitalne za pobyt dziecka na OIOM, którego przyczyną jest choroba lub wypadek wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty wskazanej w we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 18. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 19. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 20. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Operacje Dziecka

§ 51

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie operacji dziecka w wyniku choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje wymienione w katalogu operacji dziecka, stanowiącym załącznik nr 6 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6, 12.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe operacji dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu

- operacji dziecka w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopoliszy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 12.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji dziecka której przyczyną jest choroba, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 polega na wypłacie 5% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy z tytułu operacji dziecka.
 6. W przypadku operacji dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u dziecka.
 8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił z umowy ubezpieczenia albo rozwiązał ją, albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za operacje dziecka w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania:
 - 5) poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
 9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie operacje dziecka,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
 10. Po dwóch latach od daty początku okresu ubezpieczenia, gdy w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte operacje dziecka spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem początku okresu ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem, z zastrzeżeniem ust. 11.
 11. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 10, zalicza się również okres opłacania składek z tytułu umów grupowego ubezpieczenia na życie albo umów indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie, albo w ramach danego wariantu ubezpieczenia lub w ramach danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji dziecka, pod warunkiem że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach ww. umów.
 12. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia w dniu wykonania operacji.
 13. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najniższe) do 5 (operacje najwyższe).
 14. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości:
 - 1) 5% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy (za operacje z poziomem 1),
 - 2) 10% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy (za operacje z poziomem 2),
 - 3) 30% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy (za operacje z poziomem 3),
 - 4) 50% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy (za operacje z poziomem 4),
 - 5) 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy (za operacje z poziomem 5).
 15. Jeżeli w trakcie jednej operacji został wykonany więcej niż jeden zabieg spełniający definicję operacji, ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
 16. W przypadku gdy kolejna operacja miała miejsce w okresie krótszym niż 60 dni od operacji, z tytułu której ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia tej kolejnej operacji, a ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu operacji, z zastrzeżeniem ust. 17.
 17. Jeżeli w okresie wskazanym w ust. 16 zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację, w wysokości odpowiadającej najcięższej operacji.
 18. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 19. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Powikłania Operacji Dziecka

§ 52

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie powikłań operacji dziecka w wyniku wypadku lub choroby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji dziecka, stanowiącym załącznik nr 7 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopoliszy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wska-

- zanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6, 8.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe powikłań operacji dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisowy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 6, 8.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powikłań operacji dziecka, której przyczyną jest choroba, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 polega na wypłacie 15% kwoty świadczenia, wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy z tytułu powikłań operacji dziecka.
 6. W przypadku powikłań operacji dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 7. Z tytułu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie na podstawie katalogu powikłań operacji dziecka z podanym poziomem powikłań, w skali od 1 (powikłania najłżejsze) do 4 (powikłania najcięższe).
 8. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia w dniu wystąpienia powikłań operacji.
 9. Za powikłania operacji wymienione w katalogu powikłań operacji dziecka ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości:
 - 1) 15% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy (za powikłania operacji z poziomu 1),
 - 2) 30% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy (za powikłania operacji z poziomu 2),
 - 3) 50% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy (za powikłania operacji z poziomu 3),
 - 4) 100% sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy (za powikłania operacji z poziomu 4).
 10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji nie wymienionych w katalogu powikłań operacji dziecka.
 11. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu powikłań operacji, występujących po 3 miesiącach po wykonanej operacji
 12. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
 13. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
- cialistycznego dziecka na skutek choroby, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 7, 13.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe leczenia specjalistycznego dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisowy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 7 i 13.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka określonego w pkt 6) katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisowy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 6. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje leczenia specjalistycznego dziecka na skutek choroby, stosowanego w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4, a ponadto nie obejmuje leczenia specjalistycznego rozpoczętego w tym okresie.
 7. W przypadku leczenia specjalistycznego dziecka do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
 8. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu tej samej metody leczenia specjalistycznego zastosowanej u dziecka. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych metod leczenia specjalistycznego, które nie są w związku przyczynowym z poprzednio zastosowanymi metodami leczenia specjalistycznego, powodującymi wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogenego czynnika.
 9. W przypadku radioterapii i chemioterapii ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
 10. W przypadku zastosowania ablacji ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w czasie trwania umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszego ryzyka, niezależnie od zastosowanej metody leczenia, tj. użycia prądu o częstotliwości radiowej, lub niskiej temperatury.
 11. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia,

Leczenia Specjalistycznego Dziecka

§ 53

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie zastosowania u dziecka leczenia specjalistycznego na skutek choroby lub wypadku.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka określony jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka stanowiącym załącznik nr 4 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu leczenia spe-

w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego i wystąpił z umowy ubezpieczenia albo rozwiązał ją albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za leczenie specjalistyczne dziecka w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywa-

- nia poprzedniej:
- 5) określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
- 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie leczenie specjalistyczne dziecka,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 11 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
13. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia w dniu zastosowania jednej z metod leczenia specjalistycznego.
14. Z tytułu leczenia specjalistycznego dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia wskazanej we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy. Wysokość wskaźnika procentowego sumy ubezpieczenia dla każdego z rodzajów leczenia specjalistycznego określona jest w katalogu metod leczenia specjalistycznego dziecka.
15. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
16. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Wystąpienie u Dziecka Poważnego Zachorowania **§ 54**

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie poważnego zachorowania dziecka ubezpieczonego.
2. Zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania określony jest w katalogu poważnych zachorowań dziecka stanowiącym załącznik nr 9 do OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 4 do 6, 10.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 5, 6, 10.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania określonego w pkt 17)-19) katalogu poważnych zachorowań dziecka, powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
6. W przypadku poważnego zachorowania do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, 4 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone u dziecka w okresie 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy – w okresie 3 lat przed rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia..
8. W przypadku gdy ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, były objęty ochroną:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo
 - 2) z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, albo
 - 3) z tytułu umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, albo
 - 4) w zakresie danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia na życie,
 w tym w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego (danego rodzaju poważnego zachorowania wymienionego w katalogu poważnych zachorowań dziecka) i wystąpił z tej umowy ubezpieczenia albo ją rozwiązał, albo zmienił wariant ubezpieczenia lub zrezygnował z danego pakietu dodatkowego w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za poważne zachorowanie dziecka w wyniku choroby stwierdzonej przez lekarza lub wypadku zaistniałego w okresie obowiązywania:
 - 5) poprzedniej określonej powyżej umowy ubezpieczenia na życie, albo
 - 6) poprzedniego danego wariantu ubezpieczenia lub w zakresie danego pakietu dodatkowego z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem świadczenie może być wypłacone, pod warunkiem doręczenia ubezpieczycielowi dokumentów potwierdzających:
 - 1) obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem i przewidującej w swym zakresie poważne zachorowanie dziecka, w tym także dany rodzaj poważnego zachorowania,
 - 2) datę wystąpienia bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie, o której mowa w ust. 8 zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, w dzień poprzedzający początek okresu ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel udziela ochrony, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 1 rok życia i nie ukończyło 20 w dniu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
11. Z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie

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

Rekonwalescencja Dziecka § 55

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie rekonwalescencji dziecka w wyniku pobytu w szpitalu dziecka spowodowanego chorobą lub wypadkiem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany chorobą, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. od 3 do 5, 7.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe rekonwalescencji dziecka, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 5, 7.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka, której przyczyną jest pobyt w szpitalu dziecka spowodowany wypadkiem, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu rekonwalescencji dziecka nie obejmuje pobytu w szpitalu dziecka w wyniku choroby rozpoczętego w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od dnia początku okresu ubezpieczenia i kończącego się po tym okresie.

6. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 świadczenia z tytułu rekonwalescencji dziecka ubezpieczonego.
7. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy dziecko miało ukończony 1 rok życia i nie ukończyło 25 roku życia w dniu przyjęcia dziecka do szpitala mającego miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Z tytułu rekonwalescencji dziecka, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
9. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji dziecka wypłacane jest w postaci jednorazowej kwoty.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
11. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
12. W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium: krajów Unii Europejskiej, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, ubezpieczyciel może zwrócić się do osoby uprawnionej o dostarczenie dokumentów przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Dziecka w Szpitalu § 56

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku, albo pobytem dziecka w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, lub pobytem dziecka w szpitalu w wyniku wypadku w szkole.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptece maksymalnie w związku z trzema rozpoczętymi w tym okresie pobytami dziecka w szpitalu, o których mowa w ust. 1.
4. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Dziennego Świadczenia Szpitalnego Dziecka, będącego w zakresie danego pakietu dodatkowego.
5. Jeżeli w związku z jednym zdarzeniem ubezpieczeniowym, dziecko przebywa w szpitalu oraz na OIOM, ubezpieczyciel przyznaje jedno świadczenie z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem dziecka w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. W sprawach nieuregulowanych w niniejszymi paragrafie mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego – Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka.

Ubezpieczenie Lekowe Związane z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu

§ 57

1. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie ubezpieczenia lekowego, związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
2. W przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, albo pobytem ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku wypadku, lub pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
4. W każdym okresie ubezpieczenia, trwającym między rocznicami polisy, ubezpieczyciel przyznaje osobie uprawnionej prawo do zakupu produktów w aptecce maksymalnie w związku z trzema rozpoczętymi w tym okresie:
 - 1) pobytnami w szpitalu ubezpieczonego w wyniku wypadku, objętymi odpowiedzialnością na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego – Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego,
 - 2) pobytnami w szpitalu ubezpieczonego, objętymi odpowiedzialnością na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego – Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.
5. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku, o którym mowa w ust. 1, jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Dziennego Świadczenia Szpitalnego Ubezpieczonego będącego w zakresie danego pakietu dodatkowego.
6. Wypłata świadczenia z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego w przypadku wyboru przez ubezpieczonego wariantu „Twoje Życie 55 Plus”, o którym mowa w ust. 2, jest możliwa wyłącznie w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Dziennego Świadczenia Szpitalnego Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.
7. Jeżeli w związku z jednym zdarzeniem ubezpieczeniowym, ubezpieczony przebywa w szpitalu oraz na OIOM, ubezpieczyciel przyznaje jedno świadczenie z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Z tytułu ubezpieczenia lekowego związanego z pobytem ubezpieczonego w szpitalu, o którym mowa w ust. 1 i 2, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych paragrafach mają zastosowanie zapisy ryzyka ubezpieczeniowego – Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego albo Dienne Świadczenie Szpitalne Ubezpieczonego „Twoje Życie 55 Plus”.

Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera

§ 58

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzi-

ca oraz rodzica małżonka lub partnera rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 7.

3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w ramach tego pakietu dodatkowego, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4, 7.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 8, jeżeli śmierć rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
5. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera, w okresie 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 5, polega na wypłacie świadczenia, o którym mowa w ust. 8, jeżeli śmierć rodzica partnera nastąpiła w wyniku wypadku.
7. W przypadku śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, 3 zalicza się okres opłacania składek zgodnie z § 7 ust. 5.
8. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka lub partnera ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
9. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

Śmierć Rodzica oraz Rodzica Małżonka lub Partnera w Wyniku Wypadku

§ 59

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci rodzica oraz rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
3. W przypadku zmiany partnera, odpowiedzialność z tytułu śmierci rodzica partnera w wyniku wypadku, rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po dniu zgłoszenia zmiany.
4. Z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka lub partnera w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia wskazaną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubez-

pieczony.

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

„WARTA PAKIET MEDYCZNY”

§ 60

1. Użyтым w niniejszym paragrafie określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, 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 ubezpieczonemu,
- 3) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
- 4) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- 5) **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 nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie,
- 7) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym,
- 8) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu,
- 10) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej,
- 11) **osoba niesamodzielną** – osobę zamieszkującą w miejscu zamieszkania, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielną 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 Rzeczypospolitej 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 Rzeczypospolitej Polskiej,
- 15) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej 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, 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 Rzeczypospolitej 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 w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 19) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
- 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 ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z rowerem,
- 22) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony małżonek lub partner, dziecko w czasie poruszania się na rowerze ulegli obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wywrócenie się ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka w czasie jazdy rowerem,
- 23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpo-

wiedzialnością ubezpieczyciela polegające na:

- a) wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka nagłego zachorowania,
 - b) doznaniu przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka obrażeń ciała w wyniku wypadku,
 - c) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - d) wystąpieniu trudnej sytuacji losowej ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka.
 3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie” albo Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”.
 4. Obowiązujący dla ubezpieczonego Pakiet Medyczny jest wskazany we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskaza-

nym w § 4 ust. 3.

6. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, za zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust 1 pkt 23) w ramach tego pakietu dodatkowego, uznaje się zdarzenie ubezpieczeniowe, które powstało od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia.
7. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w ust. 12 - 16 lub 22 - 24, w zależności od wariantu Pakietu Medycznego.

Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie”

8. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie” obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe zgodnie z poniższą Tabelą nr 2.
9. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń z Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie”, są osoby wskazane w poniższej Tabeli nr 2.
10. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli nr 2 i opisane w ust. 12-16.

Tabela nr 2. Zakres świadczeń Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego 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	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
2	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
3	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
9	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa po hospitalizacji	Maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
12	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
13	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
14	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
15	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
16	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
17	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
18	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
19	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
20	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner
21	Infolinia „baby assistance”	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner

11. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy:

- zakres świadczeń,
 - limit kwotowy świadczenia,
 - zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - osoba uprawniona do świadczenia,
- określone są dla danego pakietu dodatkowego we wnioskopolise albo w aneksie do wnioskopolisy.
Limity kwotowe świadczeń zawarte w pakietach dodatko-

wych kumulują się z limitami kwotowymi świadczeń, wskazanymi w Tabeli nr 2 lub 3.

Rozszerzenie umowy ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy nie powoduje wzrostu liczby limitów ilościowych, odniesionych do zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazanych w Tabeli nr 2 lub 3.

W przypadku gdy zakres świadczeń w pakiecie dodatkowym jest szerszy niż zakres wskazany w Tabeli nr 2, należy przyjąć ich określenia z ust. 22, 23.

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

Organizacja i pokrycie kosztów:

- a) **transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko wymagają transportu medycznego z miejsca pobytu do najbliższej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty ich transportu medycznego do placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- b) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka,
- c) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka;
wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
- d) **pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli, dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
- e) **prywatnych lekcji** – jeżeli, stan zdrowia dziecka, wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
- f) **opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner będzie hospitalizowany

przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:

- a. przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11, albo
- b. przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe, lub transport taksówką) do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11, skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony;
w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, ubezpieczyciel w wniosku ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:
- c. organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,
- g) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
- h) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubez-

pieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,

- i) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko powinno używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
- j) **dostawy leków** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko wymagają leczenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu maksymalnie do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,
- k) **trenera fitness** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner doznali obrażeń ciała w wyniku wypadku lub ww. osoby były hospitalizowane wskutek nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
- l) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są hospitalizowani przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
- m) **opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko są hospitalizowani przez okres powyżej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5

dni i do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,

- n) **wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 150 zł i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
 - o) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia:
 - a. organizację i pokrycie kosztów wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - b. organizację i pokrycie kosztów wizyty ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka u lekarza w placówce medycznej,ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
 - p) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera, dziecka, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu ich pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11.
13. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ponad zakres wskazany w ust. 12, zapewnia dodatkowo organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:
- Organizacja i pokrycie kosztów:**
- a) **transportu roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko doznali obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,
 - b) **naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali uległ uszkodzeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń

ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.

14. W przypadku urodzenia dziecka przez ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów

a) **wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej) maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i oraz w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11,

b) **trenera fitness** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację zajęć z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11.

15. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższej usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nie przekraczającej podanego limitu:

Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi, dziecku organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli nr 2, z zastrzeżeniem ust. 11.

16. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:

1) Zdrowotnych usług informacyjnych – których zakres obejmuje:

- a) udzielnie informacji o danych teleadresowych:
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d. aptek czynnych przez całą dobę,
 - e. domów pomocy społecznej, hospicjów,

- b) udzielnie informacji na temat:
 - a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c. diet, zdrowego odżywiania się,
 - c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela,

2) Infolinii „baby assistance”, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:

- a) objawach ciąży,
- b) badaniach prenatalnych,
- c) wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
- d) danych teleadresowe szkół rodzenia,
- e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- f) karmienia i pielęgnacji noworodka,
- g) obowiązkowych szczepień dzieci.

Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”

17. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” przysługuje wyłącznie ubezpieczonemu, który wybrały wariant „Twoje Życie 55 Plus”, o którym mowa w § 3 ust. 2 OWU.

18. Pakiet Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus” obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące osoby ubezpieczonego, zgodnie z Tabelą nr 3.

19. Uprawnionym do otrzymania świadczeń z Pakietu Medycznego w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”, określonych w Tabeli nr 3 jest ubezpieczony.

20. Przysługujące świadczenia są określone w poniższej Tabeli i opisane w ust. od 22 do 24.

Tabela nr 3. Zakres świadczeń Pakietu Medyczny w wariantcie „Twoje Życie 55 Plus”

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe
			nagle zachorowanie lub obrażenie ciała w wyniku wypadku
1	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: a) transportu medycznego do placówki medycznej b) transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej c) transportu medycznego 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
2	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym oraz kosztów zakupu biletów autokarowych lub kolejowych do kwoty 200 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym	TAK

Lp.	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego	Zdarzenie ubezpieczeniowe
			nagle zachorowanie lub obrażenie ciała w wyniku wypadku
3	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi	do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie (w przypadku przewozu osoby wyznaczonej) albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu pobytu; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym	TAK
4	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym	TAK
5	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie	TAK
6	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
7	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK
8	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK
9	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie do 15 dni, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym	TAK
10	Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji laryngologa	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	TAK
11	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu aparatu słuchowego	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1500 zł	TAK
12	Organizacja i pokrycie kosztów dostosowania miejsca zamieszkania	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 4 000 zł	TAK
13	Organizacja i pokrycie kosztów sprzątnięcia grobów najbliższych	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 200 zł	TAK
14	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 5 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK
15	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 3 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie	TAK
16	Organizacja i pokrycie kosztów badań medycznych po wypadku	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	Dotyczy tylko obrażeń ciała w wyniku wypadku
17	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp	

21. W przypadku rozszerzenia umowy ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy:

- zakres świadczeń,
- limit kwotowy świadczenia,
- zdarzenie ubezpieczeniowe,
- osoba uprawniona do świadczenia

określone są dla danego pakietu dodatkowego we wnioskopolise albo w aneksie do wnioskopolisy.

Limity kwotowe świadczeń zawarte w pakietach dodatkowych kumulują się z limitami kwotowymi świadczeń wskazanymi w powyższej Tabeli nr 3 lub 2.

Rozszerzenie umowy ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy nie powoduje wzrostu liczby limitów ilościowych, odniesionych do zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazanych

w powyższej Tabeli nr 3 lub 2.

W przypadku gdy zakres świadczeń w pakiecie dodatkowym jest szerszy niż zakres wskazany w Tabeli nr 3, należy przyjąć ich określenia z ust. od 12 do 14.

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

Organizacja i pokryciu kosztów

- transportu medycznego do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego do najbliższej placówki

medycznej; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego,

b) **transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej; transport jest organizowany, o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego,

c) **transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany przez okres powyżej 5 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu; transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego;

wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie pięciu zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowego,

d) **wizyty osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów zakupu biletów autokarowymi lub kolejowymi w obydwie strony (do i ze szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony) dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez ubezpieczonego do kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym; dla tej osoby ubezpieczyciel organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, maksymalnie na 5 dni i maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

e) **opieki nad osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:

a. przewozu osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe lub transport taksówką) do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, albo

b. przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe lub transport taksówką) do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym;

skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajęciem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wy-

łącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony;

w przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:

c. organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 7 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,

f) **opieki nad zwierzętami** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu oraz opieki przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego; maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym,

g) **procesu rehabilitacji** – w sytuacji gdy ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

h) **zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do kwoty 1500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

i) **dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu, oraz odbiór wypożyczonego sprzętu do kwoty 500 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,

j) **dostawy leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, do kwoty 250 PLN

na jedno zdarzenie ubezpieczeniowego i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego,

- k) **opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan jego zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 15 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym; usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony,
- l) **konsultacji laryngologa** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa do kwoty 150 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- m) **zakupu aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch ubezpieczonego i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego do kwoty 1 500 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- n) **dostosowania miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek w miejscu zamieszkania, do kwoty 4 000 zł w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- o) **sprzątania grobów osób bliskich** – jeżeli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego, zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty sprzątania grobów osób bliskich ubezpieczonego do kwoty 200 zł i w odniesieniu do maksymalnie jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu roku polisowego,
- p) **wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia:
- organizację i pokrywa koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium), albo
 - organizację i pokrywa koszty wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej,
- ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym,
- q) **wizyty pielęgniarki** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), do kwoty 150 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
23. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel zapewnia organizację usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanego limitu:
- badań medycznych po wypadku** – w sytuacji, gdy ubezpieczony w wyniku wypadku, zgodnie z pisemnym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych, do łącznej kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
24. W razie konieczności skorzystania z usług informacyjnych, ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- Zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:
- dane teleadresowe:
 - państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - apteek czynnych przez całą dobę,
 - domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - informacje na temat:
 - działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - diet, zdrowego odżywiania się,
 - rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek rozstrzeżeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
25. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela – na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
26. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
- świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku,
 - kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

- a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, 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 ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecka pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych,
 - m) chorób przewlekłych.
27. W przypadku badań medycznych po wypadku odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi w ust. 26 wyłączeniami nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
- a) 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,
 - b) udziału ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem działań w obronie koniecznej.
28. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony, małżonek lub partner są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
29. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 28, powinny podać następujące informacje:
- 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego, uprawnionego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
30. 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.
31. 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. 30, 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.
32. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 30, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w ust. od 12 do 15 i ust. 22, 23, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym dla danej usługi.
33. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 31, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
34. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w ust. od 12 do 15 i ust. 22, 23.

Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”

§ 61

1. Użytym w niniejszej ryzyku ubezpieczeniowym określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2 oraz w § 60 ust. 1, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej, należące do świadczeniodawcy,
 - 2) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
 - 3) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania kardiologicznego albo zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambu-

- latoryjnie,
- 4) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarza, który prowadzi leczenie ubezpieczonego na skutek nagłego zachorowania kardiologicznego lub zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazanego pisemnie przez ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od świadczeniodawcy wyników badań ubezpieczonego,
 - 5) **lekarz dyżurny** – osobę o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
 - 6) **nagle zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego figurujący na liście, stanowiącej załącznik nr 11 do OWU, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujący hospitalizacją ubezpieczonego,
 - 7) **osoba kontaktowa** – osobę wskazaną pisemnie ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego jako osobę uprawnioną do kontaktu ze świadczeniodawcą w imieniu ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań ubezpieczonego, udostępnionych przez świadczeniodawcę na zasadach opisanych w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 8) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez centrum operacyjne lub uniemożliwia ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego,
 - 9) **świadczeniodawca** – podmiot realizujący świadczenia w zakresie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 10) **teleopieka kardiologiczna** – usługę realizowaną na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez świadczeniodawcę na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym,
 - 11) **zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej** – objęte ochroną ubezpieczyciela: powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego (wymienione w liście stanowiącej załącznik nr 11 do OWU), ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, skutkujące hospitalizacją ubezpieczonego,
 - 12) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczyciela, na podstawie niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, polegające na:
 - a) nagłym zachorowaniu kardiologicznym, lub
 - b) zaostrzeniu lub powikłaniu choroby przewlekłej, które wystąpiło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 13) **zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione ubezpieczonemu przez świadczeniodawcę w ramach usługi teleopieki kardiologicznej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
 3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku albo w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
 4. Teleopieka kardiologiczna przysługuje ubezpieczonemu, w odniesieniu do każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu ubezpieczonego.
 5. W przypadku zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego w ramach niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, teleopieka kardiologiczna ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej ubezpieczyciel pokrywa koszty:
 - 1) dostarczenia przez świadczeniodawcę zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca pobytu,
 - 2) przeprowadzonego przez świadczeniodawcę telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z teleopieki kardiologicznej,
 - 3) telefonicznej opieki kardiologicznej,
 - 4) odbioru przez świadczeniodawcę aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element zestawu teleopieki kardiologicznej z miejsca pobytu ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony ubezpieczonemu.
 7. W ramach świadczenia w zakresie teleopieki kardiologicznej, świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonemu całonocny 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) wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie,
 - 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego świadczeniodawcy uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie osoby kontaktowej, w przypadku wyrażenia takiej woli przez ubezpieczonego,
 - 8) przekazanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania ubezpieczonego. Warunkiem udostępnienia wyników badań ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie jest pisemna zgoda ubezpieczonego przekazana do centrum operacyjnego, o której mowa ust. 23.
 8. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczany jest do ubezpieczonego w terminie maksymalnie 3 dni roboczych od daty zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego do centrum operacyjnego.
 9. Warunkiem telefonicznego kontaktu lekarza dyżurnego centrum telemedycznego z ubezpieczonym jest posiadanie przez ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z centrum operacyjnym.
 10. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Pol-

- skiej,
- 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) zdarzeń niezwiązanych z nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej,
 - 4) zdarzeń związanych z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową,
 - 5) zdarzeń zaistniałych w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami,
 - 6) zdarzeń zaistniałych w wyniku zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - 7) zdarzeń zaistniałych w wyniku poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 8) zdarzeń zaistniałych w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - 9) zdarzeń zaistniałych w wyniku zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zajęcia 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) uprawiania przez ubezpieczonego, niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie.
 11. Ubezpieczyciel nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu usługi teleopieki kardiologicznej, jeżeli jest ono wynikiem działania siły wyższej.
 12. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej w przypadku wystąpienia siły wyższej.
 13. Ochroną ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.
 14. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego oraz umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
 15. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami świadczeniodawcy w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować świadczeniodawcę o oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu.
 16. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie informować centrum operacyjne o wszelkich stwierdzonych awariach lub uszkodzeniach aparatu EKG lub stwierdzonych utrudnieniach w korzystaniu z niego.
 17. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek.
 18. Ubezpieczony zobowiązany jest korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie teleopieki kardiologicznej przez świadczeniodawcę.
 19. Po zakończeniu teleopieki kardiologicznej ubezpieczony zobowiązuje się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu centrum operacyjne skontaktuje się z ubezpieczonym i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.
 20. W celu skorzystania z teleopieki kardiologicznej ubezpieczony powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z czynnym całą dobę, przez wszystkie dni w roku centrum operacyjnym.
 21. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać centrum operacyjnemu następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego (imię i nazwisko ubezpieczonego oraz PESEL lub nr wnioskopolisy),
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - 3) adres miejsca pobytu.
 22. Ubezpieczony jest zobowiązany przesłać centrum operacyjnemu dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego: kartę wypisową ze szpitala lub inny dokument potwierdzający datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez lekarza prowadzącego leczenie.
 23. Ubezpieczony ma możliwość przesłania centrum operacyjnemu własnoręcznie podpisanego oświadczenie stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej, lub lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami.
 24. Po potwierdzeniu uprawnień ubezpieczonego do świadczenia teleopieki kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 21-23, centrum operacyjne kontaktuje się ze świadczeniodawcą w celu przekazania danych ubezpieczonego oraz z ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopieki kardiologicznej.
 25. Świadczeniodawca kontaktuje się z centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie dostarczenia ubezpieczonemu zestawu teleopieki kardiologicznej.
 26. W przypadku, gdy ubezpieczony nie spełnił postanowień ust. 20-22 lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, centrum operacyjne ma prawo wstrzymać realizację świadczenia teleopieki kardiologicznej, do czasu przekazania do centrum operacyjnego niezbędnych do wykonania świadczenia informacji, wymienionych w ust. 20-22.
- Pakiet Medyczny „Pomoc po udarze mózgu”**
§ 62
1. Użyтым w niniejszej ryzyku ubezpieczeniowym określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2 oraz w § 60 ust. 1, poniższe zaś określenia oznaczają:
zdarzenie ubezpieczeniowe – stan chorobowy powstały w sposób nagły i niespodziewany, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego, skutkującym udarem mózgu.
 2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
 3. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Pakietu Medycznego „Pomoc po udarze mózgu” obejmującego następujące usługi:

- 1) świadczenia rehabilitacyjne,
- 2) świadczenia transportu medycznego.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku albo w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, za zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 w ramach tego pakietu dodatkowego, uznaje się zdarzenie ubezpieczeniowe, które powstało od dnia wskazanego w aneksie do wniosku jako początek okresu ubezpieczenia.
6. Z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń określonych w ust. 7.
7. W razie wystąpienia udaru mózgu u ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanego limitu:
 - 1) **świadczenia rehabilitacyjne** – ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń rehabilitacyjnych, zgodnie z pisemnym skierowaniem lub zaleceniem rehabilitacji od lekarza prowadzącego leczenie:
 - a) **rehabilitacji narządów ruchu, kinezyterapii** – w miejscu pobytu ubezpieczonego (w tym koszty dojazdu i wynagrodzenia rehabilitanta) lub w placówce rehabilitacyjnej,
 - b) **rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej** – w placówce rehabilitacyjnej.

Ubezpieczonemu przysługuje łącznie 20 godzin zabiegów rehabilitacyjnych narządów ruchu, kinezyterapii (których łączne koszty nie mogą przekroczyć limitu 3 000 zł, zawierającego także koszty dojazdów rehabilitanta) oraz łącznie 20 zabiegów rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej, logopedycznej, (których łączne koszty nie mogą przekroczyć limitu 3 000 zł, zawierającego także koszty dojazdów rehabilitanta), na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie świadczeń wskazanych w punktach a-b powyżej w odniesieniu do 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisy.
 - 2) **świadczenia transportu medycznego** – ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt transportu medycznego ubezpieczonego do placówki medycznej lub placówki rehabilitacyjnej. Transport medyczny jest organizowany zgodnie z pisemnym skierowaniem lub zaleceniem wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej od lekarza prowadzącego leczenie lub zaleceniem rehabilitacji w placówce rehabilitacyjnej.

W odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 20 transportów medycznych (z miejsca pobytu do placówki medycznej i z placówki medycznej do miejsca pobytu), do łącznej kwoty 5 000 zł, możliwych do realizacji w okresie do 6 (sześciu) miesięcy od daty rozpoznania udaru mózgu.
8. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela – na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - e) 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,
 - f) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - g) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - h) chorób przewlekłych.
10. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony, jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
11. Ubezpieczony kontaktujący się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 10, powinien podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) okres ubezpieczenia,
 - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
12. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
13. Jeżeli ubezpieczony z przyczyn niezależnych od siebie nie może skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 10, 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 zo-

bowiązany jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.

14. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 13, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usługi, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym.
15. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 13, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
16. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w ust. 7.

Świadczenie Pomocowe po Udarze Mózgu

§ 63

1. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu w zakresie świadczenia pomocowego po udarze mózgu.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki w terminie wskazanym w § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 3, 4.
3. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dany pakiet dodatkowy, na zasadach określonych w § 3 od ust. 6 do 10, w którym występuje ryzyko ubezpieczeniowe świadczenie pomocowe po udarze mózgu, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu, w ramach tego pakietu dodatkowego rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy licząc od dnia wskazanego w aneksie do wnioskopolisy jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu, w okresie 6 miesięcy, o których mowa w ust. 2, 3 polega na wypłacie 10 % kwoty świadczenia określonej we wnioskopolisie lub aneksie do wnioskopolisy.
5. Po wypłacie kwoty świadczenia, odpowiedzialność z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu wygasa.
6. Z tytułu świadczenia pomocowego po udarze mózgu, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną we wnioskopolisie albo w aneksie do wnioskopolisy.
7. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 64

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/zawiadomienie o zajściu zdarzenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wnioskopolisy lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
7. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308,
 - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w ust. 13, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
11. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
12. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
13. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają

zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa., Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.

14. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r., albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn z dnia 28 lipca 1983 r., w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r.
15. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
16. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 178/2020 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 8 września 2020 roku i wprowadzone w życie z dniem 25 października 2020 roku.

Jarosław Parkot

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



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

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

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone:

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

A. USZKODZENIA GŁOWY

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

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

- h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 30-40
 - lewej..... 20-30
- i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
 - prawej..... 10-30
 - lewej..... 5-20
- j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 ° wg skali Lovette'a 50
- k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 ° wg skali Lovette'a 30-50
- l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 ° wg skali Lovette'a 10-30

UWAGA!!

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

SKALA LOVETTE'A

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

- e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

UWAGA!!

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

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
- a) ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące konieczność opieki innych osób (zmiany otępienne, psychozy, zaburzenia zachowania)..... 80-100
 - b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym..... 50-70
 - c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu 30-50
 - d) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o niewielkim nasileniu 10-30

UWAGA!!

Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- a) skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
 - b) utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 100
 - b) afazja całkowita motoryczna 60
 - c) afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
 - d) afazja nieznacznego stopnia 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- a) znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60
 - b) nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- a) nerwu okoruchowego:
 - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
 - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
 - b) nerwu błotkowego..... 3
 - c) nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
 - b) ruchowe..... 1-10

- c) czuciowo-ruchowe..... 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
 - b) obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
 - c) izolowane uszkodzenie centralne 5-10

UWAGA!!

Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 5 i 9.

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego:
- a) niewielkiego stopnia 5-10
 - b) średniego stopnia 10-25
 - c) dużego stopnia 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-20

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
 - b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
 - c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- a) uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
 - b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
 - c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
 - d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
 - e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!

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

21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły - utrata częściowa 2
 - b) siekacze i kły - utrata całkowita 3

- c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, rozszerzenia, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
- a) nieznacznego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
- a) szczeka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
- b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
- a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
- a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
d) całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

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

a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:

Tabela ostrości wzroku

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

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

UWAGA!!

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

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

- a) jednego oka 15
b) obojga oczu 30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
- a) rozdarcie naczyńówki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
b) zapalenie naczyńówki 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 ślepcie drugiego oka
60	0%	0%	35%
50	5%	15%	45%
40	10%	25%	55%
30	15%	50%	70%
20	20%	80%	85%
10	25%	90%	95%
poniżej 10	35%	95%	100%

32. Niedowidzenie połowiczne:
- a) dwuskroniowe 60
b) dwunosowe 30
c) jednoimiennie 30
d) inne ubytki pola widzenia (jednoczne) 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. Wyrzeszcz tętniacy
- w zależności od stopnia: 50-100
39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): wg Tabeli 26a
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
a) niewielkie zmiany 1-5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

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

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

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

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

UWAGA!!

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

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

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

przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

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

UWAGA!!

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

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
a) utrata części małżowiny 1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia)
- w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b) wg Tabeli 41a (41b)
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
a) jednostronne 5-10
b) obustronne 10-15
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
a) jednostronne 5-15
b) obustronne 10-20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
b) z upośledzeniem słuchu wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
a) z uszkodzeniem części słuchowej wg Tabeli 41a (41b)
b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
a) jednostronne 10-30
b) dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:
a) niewielka okresowa duszność, chryпка 5-10

- b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30
51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:
- a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
- b) z bezgłosem 60
52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:
- a) bez niewydolności oddechowej 1-10
- b) duszność wysiłkowa 10-20
- c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
- d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
- a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
- b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
- c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
- d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-15
- c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

UWAGA!!

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

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

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

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57

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

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

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

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

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

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

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

UWAGA!!

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

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

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

KLASA II

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

KLASA III

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

KLASA IV

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

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

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

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

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

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

- a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - b) powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
- a) pełnościennne 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, pęknięcie) - 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 zanieczyszczenia się moczem:
- a) upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym 10-25
 - b) upośledzające jakość życia w stopniu znacznym 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
- a) powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń..... 5-15
 - b) z nawracającymi zakażeniami..... 15-30

- c) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem
mocz i z powikłaniami 30-75
- 80. Utrata prącia: 40
- 81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia
- w zależności od stopnia uszkodzenia
i zaburzeń funkcji: 5-30
- 82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra
lub jednego jajnika oraz pozostałych
struktur układu rozrodczego
(nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia
uszkodzenia i upośledzenia funkcji: 5-20
- 83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
- 84. Pourazowy wodniak jądra:
 - a) wyleczony operacyjnie 2
 - b) w zależności od nasilenia zmian 2-10
- 85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
 - a) uszkodzenie lub częściowa utrata 5-20
 - b) utrata w wieku do 50 lat 40
 - c) utrata w wieku powyżej 50 lat 20
- 86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
 - a) blizny, ubytki, deformacje 1-10
 - b) wypadanie pochwy 10
 - c) wypadanie pochwy i macicy 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

- 89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
 - a) skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowa poniżej 12° - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
 - b) ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu powodujące

- zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 5-15
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 15-40
- d) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

- 91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):
 - a) skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości 1-5
 - b) złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości 5-12
 - c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20
 - d) zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa 30-40

UWAGA!!

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

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, złamanie kości guzicznej:
- 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), umożliwiając poruszanie się za pomocą dwóch łasek..... 70
 - c) niedowład kończyn dolnych umożliwiając 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 śródrzeniowym)..... 100
 - e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)..... 70
 - f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym) 30
 - g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
 - h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30
95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
- a) szyjne bólowe..... 2-5
 - b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
 - c) szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
 - d) piersiowe 2-10
 - e) lędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
 - f) lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
 - g) lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i

- zaników mięśniowych..... 10-30
- h) guziczne 2-5

UWAGA !!

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

K. USZKODZENIA MIEDNICY

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

UWAGA!!

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

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń chodu:
- a) w odcinku przednim 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 - zeszytywnienie w stawie - w zależności od ustawienia..... 35-55

UWAGA!!

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

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

- d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji..... 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁOPATKA

100. Łopátka - złamanie łopatki: Prawa Lewa
 a) wygojone złamanie łopatki z niewielkim przemieszczeniem, bez większych zaburzeń funkcji kończyny 1-10 1-5
 b) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny - w zależności od stopnia zaburzeń..... 10-30 5-25
 c) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami 30-55 25-45

UWAGA!!

Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

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

UWAGA!!

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

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o: 1-5
 105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:..... Prawa Lewa
 a) miernego stopnia..... 1-10 1-5
 b) średniego stopnia..... 10-20 5-15

- c) dużego stopnia..... 20-30 15-25
 106. Zestarzałe nieodprowadzone..... Prawa Lewa
 zwichnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: 20-30 15-25
 107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją lekarską:..... Prawa Lewa
 a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości..... 5-25 5-20
 b) nie leczone operacyjnie..... 25 20

UWAGA!!

Nawrotowe zwichnięcie jest skutkiem ostatniego wcześniejszego zwichnięcia stawu barkowego. Przy ustalaniu uszczerbku należy uwzględnić uszczerbek istniejący po poprzednim zwichnięciu. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

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

UWAGA!!

Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

109. Zesztywnienie stawu barkowego: Prawa Lewa
 a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antypozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) - w zależności od ustawienia funkcji..... 20-35 15-30
 b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 40 35
 110. Bliznowaty przykurcz stawu..... Prawa Lewa
 barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu..... wg pkt. 105 i 109: 105 i 109 105 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 poziomie stawu łokciowego:	Prawa	Lewa
.....	65	60

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

PRZEDRAMIĘ

123. Złamanie w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów rotacyjnych przedramienia, ruchów palców:	Prawa	Lewa
a) z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości		

(np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka rylcowatego)	1-5	1-4
b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych	3-10	2-8
c) średnie lub duże zniekształcenie ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi	10-20	8-15
d) bardzo duże zniekształcenia, z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi	20-30	15-25
124. Złamanie 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 przedramienia - w zależności od charakteru kikutu i jego przydatności do oprotezowania:	55-65	50-60
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego:	55	50

NADGARSTEK

131. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwichnięcie, złamanie - w zależności od blizn, zniekształceń, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji,		
--	--	--

zmian troficznych i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) niewielkiego stopnia	1-10	1-8
b) średniego stopnia	10-20	8-15
c) dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
132. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:	Prawa	Lewa
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	15-25
133. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 131-132 zwiększając stopień uszczerbku - w zależności	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 wskaźnika - w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaźnika, upośledzenia funkcji dłoni:	Prawa	Lewa
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1-5	1-4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5-10	5-8
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	10-15	8-13
d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	15-20	13-18
e) utrata w obrębie paliczka podstawowego lub utrata trzech paliczków	20-25	18-23
f) utrata wskaźnika w obrębie lub z kością śródręcza	25-30	23-27
139. Inne uszkodzenia w obrębie wskaźnika: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp. - w zależności od stopnia:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c) zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d) zmiany znacznego stopnia graniczące z utratą wskaźnika (bezużyteczność palca)	15-20	13-18

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

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW

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

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

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

UWAGA!!

Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
- a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
 - b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60
146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o: 5-15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oproteżowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skręcenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
- a) niewielkie zmiany i skręcenie do 4 cm 1-15
 - b) średnie zmiany lub skręcenia do 4 - 6 cm 15-30
 - c) duże zmiany lub skręcenie ponad 6 cm 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony wzrost kości

- w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skręcenia i zaburzeń wtórnych: 40-60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
 - b) średniego stopnia 5-10
 - c) znacznego stopnia 10-20
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych: 5-30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o: 10-65

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

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

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
- a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprost do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
 - b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprost do kąta w zakresie 15°-5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny 10-25
 - c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0° do 40° i/lub deficyt wyprost do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny 25-40
 - d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 30
 - e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, więzadła, łąkotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkotek, stan po leczeniu operacyjnym łąkotek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności

- od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
- b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10
- c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 10-25
- d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-10
- c) duże zmiany 10-20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego: 65

UWAGA!!

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

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:
- a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15
- b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm 15-30
- c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp. 30-50
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny: 1-5
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczenia czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-15
- c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne 15-35

UWAGA!!

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

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

STAW SKOKOWY, STOPA

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

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

PALCE STOPY

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

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

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW

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

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

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

ruchowej lub całego nerwu.....	1-40
u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25
w) splotu lędźwiowo - krzyżowego.....	1-70
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego	1-10

UWAGA!!

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

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

Załącznik nr 3 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”

Lp.	Metoda leczenia specjalistycznego ubezpieczonego (w nawiasie procent sumy ubezpieczenia)	
1.	ablacja (100%)	Za ablację uważa się zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablacje uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową)
2.	wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (100%)	Za wszczepienie kardiowertera/defibrylatora uważa się metodę leczenia chorych z poważnymi zaburzeniami rytmu serca oraz chorych po epizodach nagłego zatrzymania krążenia polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną i stymulacyjną
3.	wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) (100%)	Za wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) uważa się metodę leczenia stosowaną u chorych z zaburzeniami rytmu serca (bradyarytmia) polegającą na umieszczeniu w organizmie chorego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego
4.	chemioterapia (100%)	Za chemioterapię uważa się metodę ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi, droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych
5.	radioterapia (100%)	Za radioterapię uważa się metodę stosowaną w onkologii polegającą na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych
6.	terapia interferonowa (100%)	Za terapię interferonową uważa się metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C polegającą na zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową
7.	dializoterapia (100)	Za dializoterapię uważa się metodę leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej
8.	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa (50%)	Za wertebroplastyk uważa się zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa

Załącznik nr 4 Katalog Metod Leczenia Specjalistycznego Dziecka „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”

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

Załącznik nr 5 Katalog Operacji „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”

A	Operacje układu nerwowego	Poziomy operacji*			
	Nazwa operacji				
1.	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5	13.	Całkowite wycięcie (amputacja) gruczołu sutkowego	4
2.	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	5	14.	Częściowe wycięcie gruczołu sutkowego	2
3.	Stereotaktyczne zniszczenie zmiany mózgowia	3	15.	Usunięcie zmiany gruczołu sutkowego	1
4.	Drenaż okolicy zmiany w tkance mózgowej	4	16.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	1
5.	Operacja wszczepienia stymulatora mózgu (neurostymulacja mózgu)	4			
6.	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3	C	Operacje oka	Poziomy operacji*
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	4		Nazwa operacji	
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego	5	1.	Wycięcie gałki ocznej	3
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5	2.	Usunięcie zmiany oczodołu	3
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	4	3.	Proteżowanie gałki ocznej	1
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	4	4.	Rewizja protezy gałki ocznej	1
12.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5	5.	Operacyjna plastyka oczodołu	3
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5	6.	Nacięcie oczodołu	2
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	3	7.	Usunięcie zmiany powieki	1
15.	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5	8.	Wycięcie nadmiaru powieki	1
16.	Operacja naprawcza opony twardej	5	9.	Rekonstrukcja powieki	1
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	4	10.	Korekcja deformacji powieki	1
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej	4	11.	Korekcja opadania powieki	1
19.	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5	12.	Operacja gruczołu łzowego	1
20.	Operacja na korzeniach nerwów rdzeniowych	5	13.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
21.	Wycięcie nerwu obwodowego	2	14.	Operacja kanału łzowego	1
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego	2	15.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
23.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	2	16.	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
24.	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	3	17.	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
25.	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	3	18.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
			19.	Usunięcie zmiany spojówki	1
B	Operacje gruczołów dokrewnych i gruczołu sutkowego	Poziomy operacji*	20.	Operacja naprawcza spojówki	1
	Nazwa operacji		21.	Wycięcie zmiany rogówki	1
1.	Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	4	22.	Operacja naprawcza rogówki (nie obejmuje korekcji wady wzroku)	1
2.	Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	4	23.	Usunięcie zmiany twardówki	1
3.	Operacja szyszynki	5	24.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	2
4.	Całkowite usunięcie tarczycy	4	25.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki bez kłamrowania	1
5.	Wycięcie połowy tarczycy (płata)	3	26.	Nacięcie twardówki	1
6.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	4	27.	Wycięcie tęczówki	1
7.	Wycięcie tarczycy językowej	3	28.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
8.	Wycięcie przytarczyc	3	29.	Nacięcie tęczówki	1
9.	Wycięcie grasicy	2	30.	Usunięcie ciała rzęskowego	2
10.	Wycięcie nadnercza	3	31.	Zewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
11.	Wycięcie zmiany nadnercza	2	32.	Wewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
12.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	3	33.	Nacięcie torebki soczewki oka	1
			34.	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
			35.	Operacja ciała szklistego	2
			36.	Zniszczenie zmiany siatkówki	1
			D	Operacje ucha	Poziomy operacji*
				Nazwa operacji	
			1.	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
			2.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
			3.	Plastyka ucha zewnętrznego	2
			4.	Drenaż ucha zewnętrznego	1

5.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
7.	Drenaż ucha środkowego	1
8.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
9.	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
10.	Operacja trąbki Eustachiusza	2
11.	Operacja ślimaka	4
12.	Operacja aparatu przedsionkowego	3
13.	Operacja naprawcza ucha środkowego	1
E Operacje układu oddechowego		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1.	Operacja naprawcza nosa (po złamaniu kości nosa)	2
2.	Operacja przegrody nosa	1
3.	Amputacja (usunięcie) nosa	3
4.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
5.	Usunięcie zmiany nosa wewnętrznej	1
6.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	2
7.	Operacja zatoki czołowej	2
8.	Operacja zatoki klinowej	2
9.	Operacja zatoki nosa	1
10.	Wycięcie gardła	4
11.	Operacja naprawcza gardła	3
12.	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2
13.	Wycięcie krtani	3
14.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	3
15.	Rekonstrukcja krtani	3
16.	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	1
17.	Usunięcie zrostów krtani	1
18.	Częściowe wycięcie tchawicy	4
19.	Plastyka tchawicy	3
20.	Usunięcie zrostów tchawicy	1
21.	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	3
22.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	1
23.	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2
24.	Częściowe usunięcie oskrzela	3
25.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
26.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2
27.	Przeszczep płuca	5
28.	Całkowite usunięcie płuca	5
29.	Wycięcie płata płuca	4
30.	Wycięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	4
31.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	3

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

22.	Zespolenie żołądkowo-czcze	3
23.	Gastrotomia	1
24.	Usunięcie zrostów otrzewnowych metodą otwartą	2
25.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
26.	Pyloromyotomia	2
27.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	1
28.	Wycięcie dwunastnicy	3
29.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	3
30.	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
31.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
32.	Endoskopowa operacja dwunastnicy	1
33.	Wycięcie jelita czczego	3
34.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	3
35.	Jejunostomia	3
36.	Zespolenie omijające jelita czczego	3
37.	Endoskopowa operacja jelita czczego	2
38.	Wycięcie jelita krętego	3
39.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	3
40.	Zespolenie omijające jelita krętego	3
41.	Rewizja zespolenia jelita krętego	3
42.	Wytworzenie ileostomii	3
43.	Rewizja ileostomii	3
44.	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	2
45.	Endoskopowa operacja jelita krętego	2
H	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	Poziomy operacji*
	Rodzaj operacji	
1.	Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
2.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
3.	Całkowite wycięcie okrężnicy	5
4.	Nacięcie okrężnicy	2
5.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	4
6.	Resekcja poprzeczniczy	4
7.	Lewostronna hemikolektomia	4
8.	Wycięcie esicy	4
9.	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	4
10.	Zespolenie omijające okrężnicy	3
11.	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	2
12.	Wyłonienie kątnicy	3
13.	Operacja okrężnicy metodą otwartą	3
14.	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	1
15.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy	1
16.	Wycięcie odbytnicy metodą otwartą	5
17.	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	4
18.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	4
19.	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	3
20.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dościa przez krocze	4

21.	Wycięcie odbytu	4
22.	Wycięcie zmiany odbytu	1
23.	Operacja naprawcza odbytu	2
24.	Wycięcie hemoroidów	2
25.	Drenaż przez okolicę krocza	1
26.	Wycięcie zatoki włosowej	1
I	Operacje innych narządów jamy brzusznej	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep wątroby	5
2.	Częściowe wycięcie wątroby	4
3.	Usunięcie zmiany wątroby	4
4.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	3
5.	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2
6.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
7.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
8.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	3
9.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	1
10.	Przeżylna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	2
11.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	3
12.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
13.	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
14.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
15.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	3
16.	Nacięcie przewodu żółciowego	2
17.	Przezdunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
18.	Przezdunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	3
19.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	1
20.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
21.	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	1
22.	Przeżylna rewizja połączenia przewodu żółciowego	1
23.	Przeżylna implantacja protezy przewodu żółciowego	2
24.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	1
25.	Przeszczep trzustki	5
26.	Całkowite wycięcie trzustki	5
27.	Wycięcie głowy trzustki	5
28.	Usunięcie zmiany trzustki	3
29.	Zespolenie przewodu trzustkowego	4
30.	Otwarty drenaż trzustki	3
31.	Nacięcie trzustki	3
32.	Całkowite wycięcie śledziony	2
33.	Wycięcie zmiany śledziony	1
J	Operacje serca i naczyń wieńcowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep płuc i serca	5

2.	Przeszczep serca	5
3.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
4.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	5
5.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
6.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	5
7.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
8.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
9.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	4
10.	Przeznaczeniowa operacja przegrody serca	4
11.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	4
12.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	4
13.	Plastyka przedsionka serca	5
14.	Walwuloplastyka mitralna	5
15.	Walwuloplastyka aortalna	5
16.	Plastyka zastawki trójdzielnej	5
17.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
18.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	5
19.	Rewizja plastyki zastawki serca	5
20.	Otwarta walwulotomia	5
21.	Zamknięta walwulotomia	5
22.	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	4
23.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
24.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	5
25.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	5
26.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	5
27.	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	5
28.	Otwarta koronaroplastyka	4
29.	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
30.	Otwarta operacja układu bódźcprzewodzącego serca	4
31.	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	3
32.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
33.	Inny stały sposób stymulacji serca	4
34.	Wycięcie osierdzia	5
35.	Drenaż osierdzia	3
36.	Nacięcie osierdzia	3
K	Operacje naczyń tętniczych i żylnych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
2.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5

3.	Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	4
4.	Zespoleenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
5.	Zespoleenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	4
6.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	5
7.	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	4
8.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
9.	Wycięcie tętniaka aorty	5
10.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	4
11.	Plastyka aorty	5
12.	Przeznaczeniowa operacja aorty	4
13.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	4
14.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	3
15.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej metodą otwartą	2
16.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
17.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	3
18.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
19.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	3
20.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
21.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	3
22.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
23.	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
24.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
25.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
26.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	3
27.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
28.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
29.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	2
30.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	2
31.	Wycięcie innej tętnicy	2
32.	Operacja naprawcza innej tętnicy	2
33.	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	2
34.	Zespoleenie tętniczo-żylnie	2
35.	Zespoleenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
36.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	2
37.	Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
38.	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	1
39.	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	1
L	Operacje układu moczowego	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Przeszczep nerki	4
2.	Całkowite wycięcie nerki	4
3.	Częściowe wycięcie nerki	3
4.	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	3
6.	Nacięcie nerki	2

7.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	1
8.	Operacja nerki przez nefrostomię	1
9.	Wycięcie moczowodu	3
10.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	3
11.	Reimplantacja moczowodu	3
12.	Operacja naprawcza moczowodu	3
14.	Endoskopowa operacja moczowodu przez nefroskop	2
15.	Endoskopowa operacja moczowodu przez ureteroskop	1
16.	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	2
17.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
18.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
19.	Powiększenie pęcherza metodą otwartą	3
20.	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	1
21.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
22.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	1
23.	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
24.	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
26.	Endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	1
27.	Wycięcie całkowite prostaty	3
28.	Endoskopowa operacja prostaty	1
29.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	1
30.	Wycięcie cewki moczowej	3
31.	Operacja naprawcza cewki moczowej	3
32.	Endoskopowa operacja cewki moczowej	1
33.	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	1
M	Operacje męskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Usunięcie moszny	2
2.	Częściowe wycięcie moszny	1
3.	Obustronne wycięcie jąder	3
4.	Usunięcie jądra	2
5.	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	3
6.	Sprowadzenie jądra do moszny	2
7.	Protezowanie jądra	2
8.	Operacja wodniaka jądra	1
9.	Operacja najądrza	1
10.	Wycięcie nasieniowodu	1
11.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
12.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
13.	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
14.	Amputacja prącia	3
15.	Usunięcie zmiany prącia	1
16.	Operacja naprawcza prącia	1
17.	Protezowanie prącia	1

18.	Operacja napletka	1
N	Operacje żeńskich narządów płciowych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja lechtaczki	1
2.	Operacja gruczołu Bartholina	1
3.	Wycięcie sromu	2
4.	Wycięcie zmiany sromu	1
5.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
6.	Nacięcie kanału pochwy	1
7.	Wycięcie pochwy	1
8.	Nacięcie zrostów pochwy	1
9.	Usunięcie zmiany pochwy	1
10.	Operacja naprawcza pochwy	1
11.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	1
12.	Plastyka sklepienia pochwy	1
13.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
14.	Wycięcie szyjki macicy	1
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
16.	Wycięcie macicy metodą otwartą	4
17.	Wycięcie macicy metodą endoskopową	3
18.	Operacja macicy metodą endoskopową	1
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy (jajowodów i jajników)	3
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy (jajowodów i jajników)	2
21.	Częściowe wycięcie jajowodu	2
22.	Wszczepienie protezy jajowodu	2
23.	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
24.	Nacięcie jajowodu	2
25.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	2
26.	Częściowe wycięcie jajnika	2
27.	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	2
28.	Operacja naprawcza jajnika	2
29.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	2
30.	Operacja więzadła szerokiego macicy	2
31.	Operacja innego więzadła macicy	2
O	Operacje skóry	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3
2.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
3.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	1
4.	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
5.	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	3
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	1
7.	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
8.	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
9.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego z użyciem tkanki podskórnej, płata skóry	1
10.	Przeszczep płata śluzówki	1

11.	Siatkowy autoprzeszczep skóry	1
12.	Przeszczep śluzówki	1
13.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
14.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
15.	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	1
P	Operacje tkanek miękkich	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
2.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	4
3.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	4
4.	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	2
5.	Operacja naprawcza pękniętej przepony	5
6.	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	1
7.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
8.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
9.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
10.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
11.	Plastyka przepukliny pępkowej	1
12.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
13.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
14.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
15.	Operacja dotycząca pępka	1
16.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	1
17.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	1
18.	Operacja dotycząca sieci	1
19.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
20.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
21.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	1
22.	Operacja endoskopowa otrzewnej	1
23.	Przeszczep powięzi	1
24.	Wycięcie powięzi brzucha	1
25.	Usunięcie zmiany powięzi	1
26.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
27.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
28.	Operacja kaletki maziowej	1
29.	Przełożenie ścięgna	2
30.	Wycięcie ścięgna	2
31.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	2
32.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
33.	Uwolnienie ścięgna	1
34.	Zmiana długości ścięgna	1
35.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
36.	Przeszczep mięśnia	3
37.	Wycięcie mięśnia	1
38.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	1

39.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	1
40.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
41.	Drenaż węzła chłonnego	1
42.	Operacja przewodu limfatycznego	2
43.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1
R	Operacje kości i stawów	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1.	Operacja naprawcza czaszki	4
2.	Otwarcie czaszki	5
3.	Operacja usunięcia zmiany kości czaszki	1
4.	Wycięcie kości twarzy	2
5.	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	2
6.	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą (bez nastawienia kości nosa)	2
7.	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	1
8.	Wycięcie żuchwy	3
9.	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	2
10.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
11.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
12.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	5
13.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
14.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	5
15.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	4
16.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	4
17.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	4
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	4
21.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
22.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	3
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
24.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	4
25.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	4
26.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
27.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	3

28.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
29.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	3
30.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
31.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
32.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
33.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	3
34.	Wycięcie kości ektopowej	1
35.	Usunięcie zmiany kości	2
36.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2
37.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2
38.	Rozdzielenie trzonu kości	2
39.	Rozdzielenie kości stopy	2
40.	Drenaż kości	2
41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
42.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	3
43.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2
44.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
46.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	1
47.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	4
49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	4
50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	3
51.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	3
52.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
53.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
54.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	4
55.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	4
56.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	4
57.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	4
58.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	2
59.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	2
60.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
61.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	1
62.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu ze stabilizacją wewnętrzną	1
63.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	1
64.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2

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

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

14	Wycięcie zmiany nadnercza	2
15	Całkowite wycięcie grasicy	2
16	Częściowe wycięcie grasicy	2
17	Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
18	Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
19	Obustronne radykalne odjęcie piersi	5
20	Jednostronne radykalne odjęcie piersi	4
21	Obustronne proste odjęcie piersi	4
22	Jednostronne proste odjęcie piersi	3
23	Subtotalna mamektomia	3
24	Wycięcie kwadrantu piersi	2
25	Usunięcie zmiany piersi	1
26	Operacja dotycząca brodawki sutkowej	1
C Operacje oka		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Wycięcie gałki ocznej	3
2	Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy	3
3	Usunięcie zmiany oczodołu	3
4	Osteoplastyka oczodołu	2
5	Nacięcie oczodołu	2
6	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
7	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
8	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
9	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
10	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	2
11	Przesunięcie mięśni okoruchowych	2
12	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	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 szklстого	2
19	Proteżowanie gałki ocznej	1
20	Rewizja protezy gałki ocznej	1
21	Usunięcie zmiany powieki	1
22	Wycięcie nadmiaru powieki	1
23	Rekonstrukcja powieki	1
24	Korekcja deformacji powieki	1
25	Korekcja opadania powieki	1
26	Operacja gruczołu łzowego	1
27	Operacja kanału łzowego	1
28	Usunięcie zmiany spojówki	1
29	Operacja naprawcza spojówki	1
30	Wycięcie zmiany rogówki	1
31	Operacja naprawcza rogówki	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	Proteżowanie tchawicy	2
28	Operacja ostrogi tchawicy	2
29	Usunięcie zrostów tchawicy	1
30	Częściowe wycięcie tchawicy	3

31	Tracheostomia	1
32	Operacja naprawcza tchawicy	2
33	Operacja przetoki tchawicy	2
34	Przeszczep płuca	5
35	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	5
36	Całkowite usunięcie płuca	5
37	Usunięcie płata płuca	3
38	Usunięcie segmentu płuca	2
39	Usunięcie zmiany tkanki płucnej	2
40	Operacja naprawcza oskrzela	2
41	Wycięcie oskrzela	3
42	Częściowe usunięcie oskrzela	2
43	Operacja przetoki oskrzelowej	1
44	Wycięcie zmiany oskrzela	1
45	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
46	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
47	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1
48	Wyłonienie zatoki szczękowej	1
49	Otwarcie zatoki czołowej	1
50	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
51	Obliteracja zatoki czołowej	1
52	Wycięcie zatoki czołowej	1
53	Otwarcie zatoki klinowej	1
54	Usunięcie zatoki klinowej	1
55	Otwarcie komórek sitowych	1
56	Wycięcie komórek sitowych	1
F	Operacje w zakresie jamy ustnej	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 żyłaków 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 j. grubego	4
58	Wycięcie jednego odcinka j. grubego	3
59	Operacja przetoki jelita grubego	2
60	Usunięcie zmiany esicy	1
61	Usunięcie zmiany okrężnicy	2
62	Operacja okrężnicy	3

63	Nacięcie okrężnicy	1
64	Wyłonienie poprzecznicy	3
65	Wyłonienie esicy	3
66	Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
67	Zespolenie omijające okrężnicy	2
68	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	5
69	Całkowite wycięcie okrężnicy	4
70	Ufiksowanie jelita grubego	1
71	Wycięcie odbytnicy	3
72	Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
73	Usunięcie zmiany odbytnicy	2
74	Ufiksowanie odbytnicy	3
75	Operacja naprawcza odbytu	3
76	Wycięcie odbytu	3
77	Wycięcie zmiany odbytu	2
78	Drenaż przez okolicę krocza	1
79	Wycięcie zatoki włosowej	1
80	Wycięcie hemoroidów	1
H	Operacje narządów jamy brzusznej	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Przeszczep wątroby	5
2	Przeszczep wątroby skojarzony z innymi narządami jamy brzusznej	5
3	Częściowe wycięcie wątroby	4
4	Usunięcie zmiany wątroby	3
5	Zespolenie przewodu wątrobowego	4
6	Przeszczep trzustki	5
7	Przeszczep trzustki skojarzony z innymi narządami jamy brzusznej	5
8	Całkowite wycięcie trzustki z dwunastnicą	5
9	Całkowite wycięcie trzustki	5
10	Wycięcie głowy trzustki	4
11	Wycięcie ogona trzustki	4
12	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	Przezdunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	2
23	Przezdunastnicze 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 ścięgniętych serca	2
15	Plastyka przedsionka serca	4
16	Plastyka komory serca	4
17	Plastyka zastawki dwudzielnej	4
18	Wszczepienie zastawki dwudzielnej	4
19	Plastyka zastawki aortalnej	4
20	Wszczepienie zastawki aortalnej	4
21	Plastyka zastawki trójdziałnej	4
22	Wszczepienie zastawki trójdziałnej	4
23	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	4
24	Wszczepienie zastawki tętnicy płucnej	4
25	Rewizja plastyki zastawki serca	4
26	Otwarta walwulotomia	4
27	Zamknięta walwulotomia	3
28	Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	3
29	Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	4
30	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	4
31	Drenaż osierdzia	2
32	Wycięcie osierdzia	4
33	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
34	Otwarta koronaroplastyka	4
35	Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	2
36	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	2
37	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	2
38	Przeszkórna angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
39	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	1
J	Operacje naczyń tętniczych i żylnych	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy płucnej	3

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

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

27	Przecewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
28	Przecewkowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
29	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
30	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
31	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	4
32	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
33	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego	3
34	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	1
35	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
36	Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	2
37	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	1
38	Operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej	2
39	Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej	2
40	Operacja innej przetoki pęcherzowej	1
41	Plikacja ujścia pęcherza moczowego	1
42	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	2
43	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1
44	Zespolenie pęcherza z pętlą jelitową	2
45	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	2
46	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3
47	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
48	Operacja przetoki cewki moczowej	2
49	Korekcja zwężenia cewki moczowej	2
50	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	1
51	Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	1
52	Wszczepienie protezy cewki moczowej	2
53	Całkowite wycięcie cewki moczowej	3
54	Częściowe wycięcie cewki moczowej	2
55	Operacja spodziectwa	1
56	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
57	Sfałdowanie cewki moczowej	1
58	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
59	Operacja spodziectwa	1
60	Operacja wierzchniactwa	1
61	Całkowite wycięcie stercza	3
62	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	2
63	Usunięcie zmiany stercza	1
64	Częściowe wycięcie stercza	1
65	Usunięcie kamieni sterczowych	1
66	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
67	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
68	Brzusznna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2

69	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
70	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
L Operacje męskich narządów płciowych		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Wycięcie prącia całkowite	3
2	Wycięcie prącia częściowe	2
3	Usunięcie zmiany prącia	1
4	Operacja naprawcza prącia	1
5	Proteżowanie prącia	1
6	Replantacja prącia	2
7	Obustronne wycięcie jąder	2
8	Usunięcie jądra	1
9	Operacja wodniaka jądra	1
10	Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	2
11	Jednostronne sprowadzenie jąder do moszny	1
12	Proteżowanie jądra	1
13	Wycięcie zmiany jądra	1
14	Całkowite wycięcie moszny	2
15	Częściowe wycięcie moszny	1
16	Operacja najądrza	1
17	Wycięcie najądrza	1
18	Wycięcie zmiany najądrza	1
19	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	1
20	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
21	Wycięcie nasieniowodu	1
22	Operacja naprawcza napletka	1
M Operacje żeńskich narządów płciowych		Poziomy operacji*
Nazwa operacji		
1	Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
2	Wycięcie macicy	3
3	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
4	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
5	Wycięcie szyjki macicy	1
6	Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
7	Operacja więzadła szerokiego macicy	1
8	Operacja innego więzadła macicy	1
9	Usunięcie mięśniaków macicy	1
10	Usunięcie zrostów macicy	1
11	Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
12	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	2
13	Zabieg naprawczy z powodu wrodzonej wady macicy	2
14	Operacja zamknięcia przetoki macicy	1
15	Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
16	Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	3
17	Jednostronne wycięcie jajowodu i jajnika	2
18	Częściowe wycięcie jajowodu	1
19	Wszczepienie protezy jajowodu	1

20	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	1
21	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	1
22	Wycięcie lub zniszczenie zmiany jajowodu	1
23	Całkowite wycięcie obu jajników	2
24	Całkowite wycięcie jednego jajnika	2
25	Częściowe wycięcie jajnika	1
26	Operacyjne wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika	1
27	Operacja naprawcza jajnika	1
28	Wycięcie pochwy	2
29	Nacięcie zrostów pochwy	1
30	Usunięcie zmiany pochwy	1
31	Operacja naprawcza pochwy	1
32	Operacja przetoki pochwowej	1
33	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	1
34	Plastyka sklepienia pochwy	1
35	Operacja łechtaczki	1
36	Operacja gruczołu Bartholina	1
37	Wycięcie zmiany sromu	1
38	Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
39	Uwolnienie zrostów sromu	1
40	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	2
41	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
42	Wycięcie sromu	1
N	Operacje skóry	Poziomy operacji*
	Nazwa operacji	
1	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
2	Przeszczep płata skórno-nerwowego	2
3	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
4	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-nerwowego	1
5	Przeszczep płata skóry owłosionej	1
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-nerwowego	1
7	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
8	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
9	Miejscowy przeszczep uszypułowanego płata skórno-nerwowego	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 odbytnicznej	2
24	Plastyka przepukliny lędźwiowej	2
25	Plastyka przepukliny zastłonowej	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 zwknięcia 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 rozdzielanie kości	1
59	Rozdzielenie trzonu kości	1
60	Rozdzielenie kości stopy	1
61	Drenaż kości	1
62	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	1
63	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
64	Protezowanie ścięgna	2
65	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2

66	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
67	Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
68	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
69	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	2
70	Wycięcie łąkotki kolana	1
71	Operacja stabilizująca rzepekę 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 przeskórną 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 śródrezcza	1
93	Artroplastyka śródrezczo-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 7 Katalog Powikłań Operacji Dziecka „Warta Dla Ciebie i Rodziny”

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

L.p.	Rodzaje operacji lub procedur medycznych związanych z operacją	Rodzaj powikłania	Kategoria powikłania (1 najłżejsze, 4 najcięższe)
9	Operacje urologiczne	krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni pozaotrzewnowej po zabiegach urologicznych, wymagający operacji,	2
		uszkodzenie dużych naczyń - aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji nerek, moczowodów lub pęcherza moczowego, wymagające operacji naprawczej,	3
		uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji narządów układu moczowego,	2
		uszkodzenie jelita grubego po operacjach urologicznych, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu,	3
		ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji.	1
10	Operacje ortopedyczne	uszkodzenie nerwu pośrodkowego, promieniowego lub łokciowego po operacjach z powodu złamania kości długich ramienia i przedramienia,	2
		uszkodzenie nerwu kulszowego po operacjach z powodu złamania kości udowej.	3

Załącznik nr 8 Katalog Poważnych Zachorowań „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

1) NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

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

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

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

2) ZAWAŁ SERCA

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

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,

3) UDAR MÓZGU

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

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

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

4) OPERACJA POMOSTOWANIA NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Za **operację pomostowania naczyń wieńcowych** uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,

5) NIETYDOLNOŚĆ NEREK

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

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

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

6) PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW

Za **przeszczepianie narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
- 2) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po przedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione,

7) PARALIŻ

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

8) UTRATA KOŃCZYN

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

9) UTRATA WZROKU

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

10) UTRATA SŁUCHU

Za **utratę słuchu** uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachoro-

waniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,

11) UTRATA MOWY

Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

12) CIĘŻKIE OPARZENIA

Za **ciężkie oparzenia** uważa się oparzenie III-go stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała,

13) ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

Za **łagodny nowotwór mózgu** uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałą ubytek neurologiczny,

14) ŚPIĄCZKA

Za **śpiączkę** uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin.

Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających,

15) OPERACJA AORTY

Za **operację aorty** uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty,

16) CHOROBA ALZHEIMERA

Za **chorobę Alzheimera** uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych,

17) SCHYŁKOWA NIETYDOLNOŚĆ WĄTROBY

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

- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- b) trwała żółtaczką,
- c) żylaki przełyku,
- d) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki cho-

rób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków,

18) OPERACJA ZASTAWEK SERCA

Za **operację zastawek serca** uważa się pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzoną na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii,

19) STWARDNIENIE ROZSIANE

Za **stwardnienie rozsiane** uważa się zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia,

20) CHOROBA PARKINSONA

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

Czynności dnia codziennego:

- 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,
- 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,
- jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
- 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,
- poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni,
- przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem. Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną,

21) ANEMIA APLASTYCZNA

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

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii,

22) ZAPALENIE MÓZGU

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

23) SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

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

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

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

24) ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

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

25) CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA

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

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

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

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

Za **zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki,

sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia,

28) BĄBLOWIEC MÓZGU

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

29) ZGORZEL GAZOWA

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

30) MASYWNY ZATOR TĘTNICY PŁUCNEJ LECZONY OPERACYJNIE

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

31) ODKLESZCZOWE WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

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

32) ROPIEŃ MÓZGU

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

33) SEPSA

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

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

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

34) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

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

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

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowanie przestrzegania zalecanego schematu szczepień,

35) PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

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

Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:

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

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

36) BORELIOZA

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

37) TĘŻEC

Za **tężec** uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

38) WŚCIEKLIZNA

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

39) GRUŹLICA

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

40) CHOROBA HUNTINGTONA

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

41) ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI

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

42) CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO

Za **chorobę neuronu ruchowego** uważa się tylko taką postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego, która jest spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych: obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG),

43) BAKTERYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA

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

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

44) UTRATA KOŃCZYNY

Za **ustratę kończyny** uważa się amputację co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:

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

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

1. Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

1) NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b),
- 5) przewlekłe białaczki limfatyczne według klasyfikacji Rai w stadium niższym niż 3,
- 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

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

2) NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

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

Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (data pierwszej dializy) lub przeszczepu

nerki (udokumentowanie wpisania na listę biorców).

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

3) ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

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

4) ŚPIĄCZKA

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

5) WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

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

6) DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

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

7) CUKRZYCA

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

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

8) PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

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

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

9) CIĘŻKIE OPARZENIA

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

10) OPERACJA SERCA W KRĄŻENIU POZAUSTROJOWYM

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszystkie zabiegi nie wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania sztucznego płuco-serca oraz operacje

przeprowadzone z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed ubezpieczeniem. Fakt przebycia operacji musi być potwierdzony dokumentacją medyczną z oddziału kardiochirurgii, który przeprowadził leczenie,

11) ANEMIA APLASTYCZNA

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

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

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

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

12) CHOROBA KAWASAKI

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

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

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

13) NABYTA NIEDOKRWISTOŚĆ HEMOLITYCZNA

Za **nabytą niedokrwistość hemolityczną** uważa się, stan chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli:

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

14) NAGMINNE PORAZENIE DZIECIĘCE (POLIOMYELITIS)

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

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

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

15) PARALIŻ

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

16) TĘŻEC

Za **tężec** uważa się tylko taki tężec, który oznacza chorobę zakaźną spowodowaną neurotoksynami wytwarzanymi przez laseczki tężca (tetanospazminy). Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnoobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,

17) UTRATA KOŃCZYN

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

18) UTRATA SŁUCHU

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

19) UTRATA WZROKU

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

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

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

21) BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO- RDZENIOWYCH

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

Załącznik nr 10 Katalog Drugiej Opinii Medycznej Ubezpieczonego „WARTA Dla Ciebie i Rodziny”

Niniejszy katalog określa następujące choroby:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) niewydolność nerek,
- 5) łagodny nowotwór mózgu,
- 6) śpiączka,
- 7) tętniak lub rozwarstwienie aorty brzusznej,
- 8) tętniak lub rozwarstwienie aorty piersiowej
- 9) choroba Alzheimera,
- 10) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 11) wady zastawek serca,
- 12) stwardnienie rozsiane,
- 13) choroba Parkinsona,
- 14) anemia aplastyczna,
- 15) zapalenie mózgu,
- 16) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 17) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 18) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- 19) zakażenie wirusem HIV
- 20) bąblowiec mózgu,
- 21) zgorzel gazowa,
- 22) zatorowość płucna
- 23) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu,
- 24) ropień mózgu,
- 25) sepsa,
- 26) przewlekłe zapalenie wątroby typu B,
- 27) przewlekłe zapalenie wątroby typu C,
- 28) borelioza,
- 29) tężec,
- 30) wścieklizna,
- 31) gruźlica,
- 32) choroba Huntingtona,
- 33) zakażona martwica trzustki,
- 34) choroba neuronu ruchowego,
- 35) bakteryjne zapalenie wsierdzia.

Załącznik nr 11 Pakiet Medyczny „Teleopieka kardiologiczna”

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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
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
Dusznicza niestabilna	I20.0
Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1
Inne postacie duszniczy bolesnej	I20.8
Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9
Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0
Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1
Stary (przeżyty) 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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
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
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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2
Choroba wsierdzia (eozynofilowa)	I42.3
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

Nazwa jednostki chorobowej	Kod ICD 10
Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Blok prawej odnogi	I45.0
Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Blok dwugałęziowy	I45.2
Blok trójgałęziowy	I45.3
Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
Inny określony blok serca	I45.5
Zespół preekscytacji	I45.6
Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1
Częstoskurcz komorowy	I47.2
Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łąca 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