

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ  
DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA**

BRP-0424

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 3, § 11
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4, § 3 ust. 9 pkt 2) - 4), ust. 10 pkt 2), ust. 11 pkt 2), ust. 12 pkt 2), ust. 13 pkt 2), ust. 14 pkt 2), ust. 15 pkt 2), ust. 16 pkt 2), ust. 17 pkt 2), ust. 18 pkt 2), ust. 19 pkt 2), ust. 22 pkt 3), ust. 23 pkt 2) - 3), ust. 24 pkt 2), ust. 27 pkt 4), 7), ust. 28 pkt 4), 7), ust. 32 pkt 3), ust. 33 pkt 3), ust. 34 pkt 2), ust. 36 pkt 2), ust. 47 pkt 2), ust. 48 pkt 2), ust. 49 pkt 2), ust. 50 pkt 2), ust. 51 pkt 2), ust. 52 pkt 2), ust. 55 pkt 3), § 8, § 9

**SUPER GRUPA**

**OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424**

**POSTANOWIENIA WSTĘPNE**

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-0424 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej w ramach Pakietu SUPER GRUPA obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową,
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

**DEFINICJE POJĘĆ**  
 § 1.

- Użyte w OWDU pojęcia oznaczają:
  - ABLACJA** – metoda leczenia zaburzeń rytmu pracy serca, polegająca na przezskórnym wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu, za pomocą energii (prąd, krioplikacje, ultradźwięki, laser). Dla uznania ablacji za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
    - wystąpienia zaburzeń rytmu pracy serca i wskazania do wykonania ablacji,
    - potwierdzenie wykonania zabiegu ablacji.
  - ASYSTA PRAWNA** – pomoc administracyjno-prawna w procedurze uzyskania zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):
    - na pokrycie kosztów lekarstw w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,
    - na leczenie planowane poza granicami kraju/zwrot kosztów leczenia za granicą,
 o ile użycie powyższych procedur zostało uzasadnione w Ekspertyznej Opinii Medycznej.
  - CHEMIOTERAPIA** – metoda ogólnoustrojowego leczenia nowotworu złośliwego za pomocą leków cytotatycznych. W rozumieniu niniejszej definicji za chemioterapię uważa się pierwsze zlecone przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe chemioterapii, w celu: wyleczenia; wydłużenia przeżycia lub jako leczenie paliatywne (łagodzące objawy nowotworu złośliwego). Dla uznania chemioterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego lub leczenia nowotworu złośliwego, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego.
  - CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W WYNIKU WYPADKU PRZY PRACY** – niezdolność określona przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4), będąca wynikiem wypadku przy pracy zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
  - DIALIZOTERAPIA** – zewnątrzustrojowe leczenie nerkozastępcze, stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności nerek, uwarunkowane wystąpieniem objawów klinicznych zespołu mocznicowego (zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenie metaboliczne, mocznicowa skaza krwotoczna, niewydolność krążenia, zapalenie osierdzia, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze), wykonane przy użyciu dializatora. Dla uznania dializoterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
    - wystąpienia niewydolności nerek, w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - zasadności zastosowania dializoterapii przez nefrologa.
  - DOLEGLIWOŚĆ ZDROWOTNA** – choroba Ubezpieczonego (rozumiana jako stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt) lub uraz (rozumiany jako uszkodzenie tkanek ciała lub narządów wskutek działania czynnika zewnętrznego, uszty z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba) doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli, wyłącznie z zakresu:
    - onkologii** – wszystkie rodzaje nowotworów,
    - kardiologii i kardiologii** – choroba niedokrwienności serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyń, choroby naczyń,
    - neurochirurgii** – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z urazu,
    - ortopedii** – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.
 których pierwsza diagnoza postawiona została przez lekarza w Polsce (zgodnie z definicją pkt 15) lub wystąpienie pierwszych objawów udokumentowanych badaniami lekarskimi miało miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu umowy Dodatkowej.
  - DZIECKO** – dziecko biologiczne, przysposobione lub pasierb.
  - DZIEŃ POBYTU W SZPITALU** – każdy pełny dzień pobytu w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala, przy czym dzień przyjęcia do szpitala uznaje za pełny jeżeli trwał na nieprzerwanie co najmniej 12

- godzin. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu następujący po dniu przyjęcia do szpitala, w tym dzień wypisu ze szpitala uważa się za pełny dzień pobytu w szpitalu.
- E-KONSULTACJA** – świadczenie przysługujące Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego: pogorszenie stanu zdrowia u Ubezpieczonego i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance w formie dostępu do konsultacji z lekarzami o wskazanej specjalizacji udzielanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w formie:
  - czatu internetowego,
  - telekonferencji – przekazu audio,
  - wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.
- EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA (EOM)** – ocena dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z instytucji medycznej (zgodnie z definicją pkt. 11), wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym tę opinię.
- INSTYTUCJA MEDYCZNA** – wykwalifikowany podmiot leczniczy, udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby w państwie członkowskim Unii Europejskiej, z wyłączeniem Polski, bądź innym państwie zapewniającym odpowiednią jakość świadczeń opieki zdrowotnej, zasadniczo odpowiadającą jakości zapewnianej w Unii Europejskiej, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgnarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.
- LECZENIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO** – zastosowanie po raz pierwszy w danym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej wobec Ubezpieczonego którejkolwiek z metod leczenia nowotworu złośliwego:
  - chemioterapia,
  - radioterapia,
  - operacja onkologiczna.
- LECZENIE POSZPITALNE** – dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego niezbędnych leków.
- LECZENIE SPECJALISTYCZNE** – następujące rodzaje leczenia, których przyczyna wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej:
  - chemioterapia,
  - radioterapia,
  - wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,
  - wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora),
  - abłacja,
  - dializoterapia,
  - terapia interferonowa.
- LEKARZ W POLSCE** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Polski zdiagnozował dolegliwość zdrowotną.
- LEKKIE OBRAŻENIE CIAŁA** – następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwały uszczerbek na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej).
- NIESZCZĘŚLIWY WYPADK** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia osoby której dotyczy. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się:
  - wypadków zaistniałych przed początkiem odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej oraz chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną,
  - przeciążenia, nadwyrężenia organizmu będących wynikiem nagłego lub jednostajnego ruchu, wysiłku fizycznego lub dźwignięcia bez działania na organizm przyczyny zewnętrznej i skutkujących urazem albo ujawnieniem, w tym nagłym, zmian o charakterze chorobowym.
- NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym wzrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania, badaniem histopatologicznym.
- ODDZIAŁ INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ (OIOM)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie oraz stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych oraz w ramach którego możliwe jest podjęcie czynności zastępczych niewydolnych organów lub układów. W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:
  - oddział intensywnej terapii,
  - oddział intensywnego nadzoru medycznego,
  - salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitala, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki

medycznej uważa się również sałę intensywnych terapii oraz sałę intensywnego nadzoru medycznego.

- 20) **OPERACJA CHIRURGICZNA** – zabieg chirurgiczny wykonany w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, wykonany w szpitalu przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
- operacja chirurgiczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
  - operacja chirurgiczna metodą laparoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności określone w terminologii medycznej jako rękoczyn, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
  - operacja chirurgiczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w wykazie operacji chirurgicznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub laparoskopową.
- 21) **OPERACJA ONKOLOGICZNA** – metoda leczenia nowotworu złośliwego oraz łagodzenia bólu związanego z rozsiałym procesem nowotworowym z wykorzystaniem zabiegu operacyjnego. W rozumieniu niniejszej definicji za operację onkologiczną uważa się pierwsze zlecenie przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu danego Ubezpieczonego jednej z następujących form operacji: operacja radykalna (zabieg mający na celu całkowite wyleczenie choroby, najczęściej polegający na szerokim wycięciu narządów, bądź dużej części pojedynczego narządu); operacja paliatywna (mająca na celu łagodzenie dolegliwości bólowych i poprawę stanu chorego, nie usuwająca właściwej przyczyny dolegliwości). Pojęcie operacji onkologicznej w zakresie leczenia nowotworu złośliwego nie obejmuje operacji zwiadowczych.
- 22) **OSIEROCENIE DZIECKA** – zgon Ubezpieczonego, który nastąpił:
- przed ukończeniem przez dziecko 20 roku życia,
  - przed ukończeniem przez dziecko 25 roku życia – jeżeli kontynuuje naukę w szkole działającej na podstawie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym,
  - bez względu na wiek dziecka – jeżeli dziecko jest niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 23) **PAKIET URAZOWY** – pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobyt w szpitalu trwającym co najmniej 3 dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie, przy czym za:
- wstrząśnienie mózgu – rozumie się pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą,
  - złamanie – rozumie się urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej. Przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona,
  - zwichnięcie stawu – rozumie się urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniami obrazowym,
  - oparzenie – rozumie się uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego,
  - odmrożenie – rozumie się uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących, na skutek działania niskiej temperatury.
- 24) **PLATFORMA** – aplikacja Internetowa, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca osobie uprawnionej skorzystanie z E-konsultacji, kontakt z lekarzami i specjalistami medycznymi, którzy wykonują E-konsultacje, a także transfer danych pomiędzy osobami uprawnionymi, a ww. lekarzami i specjalistami medycznymi przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
- 25) **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – zachorowanie w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej na jednostkę chorobową zdefiniowaną w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU i objętą zakresem danego ryzyka, pod warunkiem że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon osoby, której dotyczy zachorowanie.
- 26) **POZOSTAWANIE POD WPLYWEM ALKOHOLU** – stan, w którym stężenie alkoholu w krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm<sup>3</sup>.
- 27) **RADIOTERAPIA** – metoda leczenia nowotworu złośliwego oraz łagodzenia bólu związanego z rozsiałym procesem nowotworowym z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. W rozumieniu niniejszej definicji za radioterapię uważa się pierwsze zlecenie przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe jednej z następujących form radioterapii: radioterapia radykalna (mająca na celu napromieniowanie guza lub jego okolicy w celu jego zniszczenia); radioterapia paliatywna (mająca na celu łagodzenie bólu spowodowanego nowotworem złośliwym w przypadku, gdy wyleczenie pacjenta jest już niemożliwe); radioterapia objawowa (mająca na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych spowodowanych przerzutami). Dla uznania radioterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego lub leczenia nowotworu złośliwego, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego.
- 28) **REHABILITACJA** – konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie okresu pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego, zaś w przypadku osób ubezpieczonych w KRUS po upływie 180 dni pobierania zasiłku chorobowego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w dalszym ciągu ten zasiłek chorobowy pobiera. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację w rozumieniu OWDU, wymagany będzie przedstawienie decyzji, wydanej przez odpowiedni podmiot o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub odpowiednio przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego oraz dokumentacji potwierdzającej bezpośredni związek przyczynowy rehabilitacji z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku.
- 29) **REKONWALESCENCJA** – trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję, w rozumieniu OWDU, pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym do prowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku.
- 30) **RODZEŃSTWO** – siostra biologiczna lub brat biologiczny Ubezpieczonego oraz siostra przysposobiona lub brat przysposobiony przez przynajmniej jednego rodzica Ubezpieczonego.
- 31) **SANATORIUM** – zakład lecznictwa, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska.
- 32) **SPORTY EKSTREMALNE** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, tyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- 33) **TERAPIA INTERFERONOWA** – metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferon), hamującego syntezę wirusowego RNA. Dla uznania interferonoterapii za spełniającą niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu specjalistycznego leczenia, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego.
- 34) **TRWAŁA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY** – powstała w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej całkowita utrata przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, która na podstawie dokumentacji medycznej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez osobę, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje trwałą całkowitą niezdolność do pracy, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, sumuje się. Towarzystwo uznaje również, że wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy w przypadku, gdy:
- na podstawie dokumentacji medycznej osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, lekarz wydający opinię medyczną dla Towarzystwa uzna, że osoba, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe jest niezdolna do samodzielnej egzystencji rozumianej jako takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych na okres dłuższy niż 5 lat, albo
  - w stosunku do osoby, której dotyczy to zdarzenie ubezpieczeniowe orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, sumuje się.
- 35) **TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIE** – zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję.
- 36) **UDAR MÓZGU** – nagły incydent mózgowo-naczyniowy powodujący neurologiczne następstwa oraz trwałe zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorem i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwieniowych oraz wylewów podjączynkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu.
- 37) **UMOWA DODATKOWA** – umowa zawarta na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane.
- 38) **UMOWA PODSTAWOWA** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej OWU).
- 39) **URODZENIE SIĘ DZIECKA W WYNIKU CIĄŻY MNOGIEJ** – urodzenie się więcej niż jednego żywego dziecka biologicznego Ubezpieczonego w wyniku ciąży mnogiej, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się dziecka w wyniku ciąży mnogiej rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego w tym samym czasie w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej więcej niż jednego dziecka, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

- 40) **URODZENIE SIĘ DZIECKA Z NISKĄ PUNKTACJĄ W SKALI APGAR** – urodzenie się żywego dziecka biologicznego Ubezpieczonego, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, z ostatnią punktacją wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 7 lub mniej punktów. Przez urodzenie się dziecka z niską punktacją w skali APGAR należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka, które przy urodzeniu otrzymało ostatnią punktację wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 7 lub mniej punktów, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.
- 41) **WADA WRODZONA** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na zaburzeniach lub zmianach chorobowych dotyczących narządów lub części ciała, nabyte przez urodzone dziecko w czasie życia wewnątrzmacicznego, określony w Tabeli wad wrodzonych stanowiącej Załącznik nr 4 do OWDU i dotyczącej ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną.
- 42) **WSZCZEPIENIE KARDIOWERTERA/DEFIBRYLATORA** – wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przeznaczyniowe wprowadzenie elektrody do prawej komory serca, w celu przerwania groźnych dla życia człowieka zaburzeń rytmu serca, w postaci częstokurczu komorowego i/lub migotania komór, i przywrócenia rytmu zatokowego serca. Dla uznania wszczepienia kardiowertera/defibrylatora za spełniające niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej epizodu zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór lub częstokurczu komorowego wywołującego zaburzenia hemodynamiczne,
  - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania.
- 43) **WSZCZEPIENIE ROZRUSZNIKA SERCA (STYMULATORA)** – wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej, oraz przeznaczyniowe wprowadzenie elektrody do jamy serca, w celu zapobiegania wystąpienia zwolnienia rytmu serca, groźnego dla życia człowieka. Dla uznania wszczepienia rozrusznika serca za spełniające niniejszą definicję w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu leczenia specjalistycznego, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
- wystąpienia po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zbyt wolnej pracy serca (bradykardia, bloki przewodzenia, choroby węzła zatokowego, intensywne leczenie tachykardii),
  - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania.
- 44) **WYPADEK KOMUNIKACYJNY** – szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku spełniającego określoną w OWU definicję wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego.
- 45) **WYPADEK KOMUNIKACYJNY PRZY PRACY** – zdarzenie spełniające łącznie definicję wypadku komunikacyjnego oraz wypadku przy pracy,
- 46) **WYPADEK PRZY PRACY** – nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i w związku z pracą wykonywaną na rzecz pracodawcy:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
  - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
  - c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
  - d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c), chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,
  - e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
  - f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.
- Za wypadek przy pracy uważa się również nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, który nastąpił w związku z wykonywaniem pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.
- 47) **ZAWAŁ SERCA** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znamienym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

## PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega na wypłacie lub realizacji świadczenia w inny określony w OWDU sposób względem osoby uprawnionej do świadczenia, w przypadku zajścia w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej („okres ubezpieczenia”) co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej może obejmować ryzyka, o których mowa w §3.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku (bez względu na zaistniały przypadek nieszczęśliwego wypadku) zaistniałego przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej.
5. Rodzaje i wysokości świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej wskazane są na polisie ubezpieczeniowej.

## ZASADY ŚWIADCZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 3.

### I UBEZPIECZONY

1. **Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) wypadek przy pracy, będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. **Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. **Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) – renta.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka (bez względu na liczbę dzieci) – renta polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) wypadek komunikacyjny będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodujący osierocenie dziecka nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
  - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest w postaci renty miesięcznej przez okres kolejnych 120 miesięcy na rzecz wszystkich uprawnionych dzieci Ubezpieczonego, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby uprawnionej do świadczenia.
  - 3) Wysokość świadczenia, o którym mowa w pkt 2) określona jest w łącznej kwocie na polisie ubezpieczeniowej, a w przypadku wypłaty podlega ona podziałowi na równe części na wszystkie uprawnione dzieci Ubezpieczonego.
  - 4) Dzieckiem Ubezpieczonego uprawnionym do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka, jest dziecko wskazane w definicji osierocenia dziecka.
4. **Trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. **Trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku - renta polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) trwała całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
  - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest w postaci renty miesięcznej przez okres kolejnych 120 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu Ubezpieczonego.
6. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy I.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy I polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
    - a) wszczepienie sztucznej zastawki serca,
    - b) utrata wzroku,
    - c) utrata słuchu,
    - d) utrata mowy,
    - e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM),
    - f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
    - g) borelioza,
    - h) wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
    - i) wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C),
    - j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy.
  - 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
7. **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy II.**
  - 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie Ubezpieczonego - Pakiet dodatkowy II polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
    - a) oponiak,

- b) choroba Parkinsona,
  - c) choroba Alzheimera,
  - d) choroba Huntingtona,
  - e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
  - f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - g) niedokrwiłość aplastyczna,
  - h) łagodny nowotwór mózgu,
  - i) utrata kończyny,
  - j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - k) sepsa (posocznica),
  - l) wścieklizna,
  - m) zator tętnicy płucnej (ZTP),
  - n) choroba neuronu ruchowego,
  - o) zakażona martwica trzustki,
  - p) bakteryjne zapalenie wsierdzia,
  - q) tężec,
  - r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),
  - s) ropień mózgu,
  - t) operacja aorty brzusznej/piersiowej,
  - u) gruźlica,
  - v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
  - w) wstrząs anafilaktyczny.
- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 8. Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zdiagnozowanie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli nowotwór złośliwy zdiagnozowany został u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 9. Leczenie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku:
- a) podania Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii,
  - b) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku radioterapii,
  - c) przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji radykalnej lub operacji paliatywnej – w przypadku operacji onkologicznej.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa, w ramach każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, ograniczona jest do wyłącznie jednego świadczenia niezależnie od liczby zastosowanych procedur leczenia nowotworu złośliwego w ramach tego samego leczenia nowotworu złośliwego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie w danym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej tego samego leczenia nowotworu złośliwego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
- 3) W razie jednoczesnego zastosowania w danym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej względem danego Ubezpieczonego radioterapii lub operacji onkologicznej lub chemioterapii Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie.
- 4) Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu leczenia choroby nowotworowej u Ubezpieczonego pod warunkiem, że leczenie nowotworu złośliwego miało miejsce w szpitalu z wyjątkiem leczenia metodą chemioterapii podanej drogą doustną.
- 10. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) zawał serca lub udar mózgu, będący przyczyną pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - b) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu jest pierwszym pobytom w szpitalu Ubezpieczonego od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu,
  - c) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - d) pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 11. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) wypadek komunikacyjny skutkujący pobytom w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - b) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego jest pierwszym pobytom w szpitalu Ubezpieczonego od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego,
  - c) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - d) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego trwał co najmniej 1 dzień.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 12. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) wypadek komunikacyjny przy pracy skutkujący pobytom w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - b) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej
  - d) pobyt w szpitalu w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy trwał co najmniej 1 dzień.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 13. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM trwającego co najmniej 1 dzień.
- 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM wynosi 14 dni.
- 14. Leczenie poszpitalne Ubezpieczonego – świadczenie apteczne.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie poszpitalne Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia aptecznego na zakup niezbędnych leków.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego jest ograniczona do:
- a) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego (pobyt w szpitalu),
  - b) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 15. Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: operacja chirurgiczna Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej, w przypadku poddania Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej operacji chirurgicznej wskazanej w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWDU, świadczenia w wysokości:
- a) 100% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
  - b) 50% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
  - c) 25% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej III klasy.
- 2) Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.
- 16. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku:
- a) podania Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
  - b) podania Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
  - c) wszczepienia Ubezpieczonemu kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
  - d) pierwszorazowego podłączenia Ubezpieczonemu dializatora do przetoki tętniczo-żylny lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
- 17. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem zawału serca lub udaru mózgu (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem zawału serca lub udaru mózgu, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 18. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem wypadku komunikacyjnego (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.

- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem wypadku komunikacyjnego, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 19. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem wypadku przy pracy (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
  - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
  - 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
  - 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem wypadku przy pracy, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 20. Lekkie obrażenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: lekkie obrażenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia lekkiego obrażenia ciała Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) lekkie obrażenie ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 21. Wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku gdy zdarzenie wchodzące w zakres Pakietu urazowego oraz jego przyczyna wystąpiły w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 22. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) wypadek przy pracy będący przyczyną czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
  - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni.
  - 3) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wynosi 30 dni.
- 23. Pobyt w sanatorium Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w sanatorium Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w sanatorium lub inna przyczyna pobytu w sanatorium niebędąca nieszczęśliwym wypadkiem miała miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - b) pobyt w sanatorium rozpoczął się w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - c) pobyt w sanatorium trwał nieprzerwanie co najmniej 6 dni,
    - d) pobyt w sanatorium jest realizowany na podstawie skierowania/ orzeczenia na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową potwierdzonego przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
  - 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu w sanatorium Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty nie więcej niż 1 świadczenia z tego tytułu.
  - 3) W przypadku dwóch lub więcej pobytów w sanatorium Ubezpieczonego w związku z tą samą przyczyną (nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną niebędącą nieszczęśliwym wypadkiem) odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu w sanatorium Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty 1 świadczenia.
- 24. Rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - b) rekonwalescencja rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - c) rekonwalescencja trwała co najmniej 15 dni.
  - 2) W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

**25. Rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia, jeżeli:
  - a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - b) zdarzenie, zdefiniowane jako rehabilitacja w §1 pkt 28) wystąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.

**26. Wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego - EOM (eksperska opinia medyczna).**

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego - EOM (Eksperska Opinia Medyczna) polega na wydaniu i przekazaniu osobie uprawnionej Eksperskiej Opinii Medycznej (EOM) w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 2) Eksperska opinia medyczna (EOM) obejmuje:
  - a) weryfikację diagnozy postawionej przez lekarza w Polsce (jeśli była postawiona),
  - b) weryfikację planu leczenia zaleconego przez lekarza w Polsce (jeśli był zalecony),
  - c) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej dolegliwości zdrowotnej,
  - d) propozycję optymalnego planu leczenia,
  - e) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz instytucji medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
  - f) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
  - g) w przypadkach uzasadnionych EOM – Asysta prawna.
- 3) Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch świadczeń, tj. sporządzenia i wydania 2 Eksperskich Opinii Medycznych w każdym 12 miesięcznym (miesiące polisowe) okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 5) Stopień kompletności EOM zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.

**27. Pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Ubezpieczony.**

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Ubezpieczony polega na organizacji i pokryciu kosztów:
  - a) konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty w placówce medycznej,
  - b) E-konsultacji.
- 2) Do skorzystania ze świadczeń wskazanych w pkt. 1) lit. a) lub b) w zakresie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) uprawniony jest Ubezpieczony, a zakresem odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka objęte są zdarzenia wywołane nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną (chorobą) dotyczącą Ubezpieczonego.
- 3) W celu skorzystania z usług wskazanych w pkt 1) lit. a) z wyłączeniem lekarza internisty konieczne jest posiadanie przez Ubezpieczonego ważnego skierowania na konsultację lekarską o określonej specjalizacji.
- 4) Konsultacje lekarskie organizowane są w placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi konsultacji lekarskich w czasie bezpośredniej wizyty u lekarza oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdego 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1. bez skierowania: internista 2. na podstawie ważnego skierowania: chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg	3 wizyty	bez limitu

- 5) W ramach usługi E-konsultacji, o której mowa w pkt. 1) lit b), osoba uprawniona do skorzystania z usługi może bez bezpośredniej wizyty u lekarza omówić z lekarzem o wybranej specjalizacji niepokojące objawy choroby lub wyniki swoich badań, które zamieści na platformie, otrzyma zalecenia do dalszego postępowania, otrzyma skierowanie na badania diagnostyczne, otrzymać receptę na leki przyjmowane na stałe (kontynuacja leczenia). Ponadto przez 24 godziny po odbytej E-konsultacji osoba uprawniona do skorzystania z tej usługi może zadać pisemne pytanie dotyczące odbytej konsultacji.
- 6) E-konsultacje dostępne są:
  - a) w dni robocze: w przypadku internisty w ciągu maksymalnie 2 godzin od przyjęcia zgłoszenia, w przypadku lekarzy pozostałych dostępnych w ramach specjalizacji w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od przyjęcia zgłoszenia,
  - b) w nocy w godzinach 22:00 – 7:00 oraz w soboty, niedziele i święta – w przypadku internisty w ciągu maksymalnie 4 godzin od przyjęcia zgłoszenia.
- 7) Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi E-konsultacji oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdego 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie E-konsultacji	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
internista, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg, endokrynolog, onkolog, ginekolog, alergolog, wenerolog, położna, dermatolog, diabetolog, urolog	6 razy	bez limitu

## 28. Pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Rodzinny.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania medycznych świadczeń assistance - Wariant Rodzinny polega na organizacji i pokryciu kosztów:
  - konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty w placówce medycznej,
  - E-konsultacji.
- Do skorzystania ze świadczeń wskazanych w pkt. 1) lit. a) lub b) w zakresie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) uprawniony jest Ubezpieczony, a zakresem odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka objęte są zdarzenia wywołane nieszczęśliwym wypadkiem lub inną przyczyną (choroba) dotycząca:
  - Ubezpieczonego,
  - małżonka lub partnera Ubezpieczonego,
  - dziecka Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 roku życia.
- W celu skorzystania z usług wskazanych w pkt. 1) lit. a) z wyłączeniem lekarza internisty lub pediatry konieczne jest posiadanie przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe i która zamierza skorzystać z usługi, ważnego skierowania na konsultację lekarską o określonej specjalizacji.
- Konsultacje lekarskie organizowane są w placówkach medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi konsultacji lekarskich w czasie bezpośredniej wizyty u lekarza oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdych 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie konsultacji lekarskich podczas bezpośredniej wizyty	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
1. bez skierowania: internista, pediatra 2. na podstawie ważnego skierowania: chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg	3 wizyty	bez limitu

- W ramach usługi E-konsultacji, o której mowa w pkt. 1) lit b) osoba uprawniona do skorzystania z usługi może bez pośredniej wizyty u lekarza omówić z lekarzem o wybranej specjalizacji niepokojące objawy choroby lub wyniki swoich badań, które zamieści na platformie, otrzymać zalecenia do dalszego postępowania, otrzymać skierowanie na badania diagnostyczne, otrzymać receptę na leki przyjmowane na stałe (kontynuacja leczenia). Ponadto przez 24 godziny po odbytej E-konsultacji osoba uprawniona do skorzystania z tej usługi może zadać pisemne pytanie dotyczące odbytej konsultacji.
- E-konsultacje dostępne są:
  - w dni robocze: w przypadku internisty i pediatry w ciągu maksymalnie 2 godzin od przyjęcia zgłoszenia, w przypadku lekarzy pozostałych dostępnych w ramach specjalizacji w ciągu maksymalnie 3 dni roboczych od przyjęcia zgłoszenia,
  - w nocy w godzinach 22:00 – 7:00 oraz w soboty, niedziele i święta – w przypadku internisty i pediatry w ciągu maksymalnie 4 godzin od przyjęcia zgłoszenia.
- Zakres dostępnych lekarzy specjalistów w ramach usługi E-konsultacji oraz przysługujące limity ilości tych usług w okresie każdych 12 miesięcy polisowych okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej określa poniższa tabela:

Rodzaj specjalizacji lekarskiej dostępnej w zakresie E-konsultacji	Zdarzenie z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek	Zdarzenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku
internista, pediatra, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog, lekarz rehabilitacji medycznej, pulmonolog, otolaryngolog, neurochirurg, endokrynolog, onkolog, ginekolog, alergolog, wenerolog, położna, dermatolog, diabetolog, urolog	6 razy	bez limitu

## II DZIECKO UBEZPIECZONEGO

### 29. Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
  - wypadek komunikacyjny, będący przyczyną zgonu dziecka Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.

### 30. Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego – Pakiet I dla dziecka.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego - Pakiet I dla dziecka polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:

- nowotwór złośliwy,
  - zawał serca,
  - udar mózgu,
  - niewydolność nerek,
  - pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),
  - transplantacja jednego z głównych narządów,
  - ciężkie oparzenie,
  - śpiączka,
  - wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
  - Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.

### 31. Poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego - Pakiet II dla dziecka.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie dziecka Ubezpieczonego - Pakiet II dla dziecka polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:
  - wszczepienie sztucznej zastawki serca,
  - utrata wzroku,
  - utrata słuchu,
  - utrata mowy,
  - kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
  - borelioza,
  - wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
  - zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
  - sepsa (posocznica),
  - wścieklizna,
  - teżec,
  - bólłowic mózgu (bólłowica, echinokokoza).
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli Poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.

### 32. Pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego trwającego 3 lub więcej dni.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- Dla każdych kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek wynosi 60 dni.

### 33. Pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
  - nieszczęśliwy wypadek skutkujący pobytem w szpitalu dziecka Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 dzień.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- Dla każdych kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 30 dni.

### 34. Operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: operacja chirurgiczna dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej w przypadku poddania w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka Ubezpieczonego operacji chirurgicznej wskazanej w Wykazie operacji chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowiącym Załącznik nr 3 do OWDU, świadczenia w wysokości:
  - 100% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
  - 50% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
  - 25% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej III klasy.
- Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.

### 35. Leczenie specjalistyczne dziecka Ubezpieczonego.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: leczenie specjalistyczne dziecka Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku:
  - podania dziecku Ubezpieczonego pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,

- b) podania dziecku Ubezpieczonego pierwszej dawki promieniowania jonizującego,  
 c) wszczepienia dziecku Ubezpieczonego kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,  
 d) pierwszorazowego podłączenia dziecku Ubezpieczonego dializatora do przetoki tętniczo-żylnego lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 36. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętym odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku obejmuje wyłącznie zdarzenia:  
 a) dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego miało nieukończony 25 rok życia oraz  
 b) będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 37. Lekkie obrażenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: lekkie obrażenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:  
 a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz  
 b) lekkie obrażenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 38. Uszkodzenie ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku pogryzienia/ ukąszenia / użądlenia, wymagające leczenia ambulatoryjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku pogryzienia/ ukąszenia / użądlenia, wymagające leczenia ambulatoryjnego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli pogryzienie, ukąszenie lub użądlenie dziecka Ubezpieczonego:  
 a) miało miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,  
 b) skutkowało uszkodzeniem ciała dziecka, wymagającym leczenia ambulatoryjnego.
- 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) obejmuje wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące dziecka Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia miało nieukończony 25 rok życia.
- 3) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka, o którym mowa w pkt. 1) w zakresie:  
 a) pogryzienia dziecka Ubezpieczonego, obejmuje zdarzenia będące wynikiem pogryzienia przez psa lub kota,  
 b) ukąszenia dziecka Ubezpieczonego, obejmuje zdarzenia będące wynikiem ukąszenia przez żmiję,  
 c) użądlenia dziecka Ubezpieczonego, obejmuje zdarzenia będące wynikiem wprowadzenia za pomocą żądła do ciała dziecka Ubezpieczonego jadu przez osy, pszczoły, trzmiele, szerszenie.
- 39. Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka w wyniku ciąży mnogiej.
- 2) Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) Towarzystwo wypłaca jednokrotnie bez względu na liczbę dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej.
- 40. Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka z wadą wrodzoną wskazaną w Tabeli wad wrodzonych stanowiącej Załącznik nr 4 do OWDU.
- 2) Świadczenie z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną przysługuje, jeżeli wada wrodzona istniała w chwili urodzenia się dziecka i została zdiagnozowana przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia.
- 3) Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 1) w stosunku do danego urodzonego dziecka bez względu na liczbę wad wrodzonych w chwili urodzenia się dziecka i zdiagnozowanych przed ukończeniem przez dziecko 3 roku życia.
- 41. Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, w przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dziecka niską punktacją w skali APGAR.

### III MAŁŻONEK/PARTNER UBEZPIECZONEGO

- 42. Zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:  
 a) wypadek komunikacyjny, będący przyczyną zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz  
 b) zgon małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 43. Trwała całkowita niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwała całkowita niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:  
 a) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz  
 b) trwała całkowita niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 44. Poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:  
 a) nowotwór złośliwy,  
 b) zawał serca,  
 c) udar mózgu,  
 d) niewydolność nerek,  
 e) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),  
 f) transplantacja jednego z głównych narządów,  
 g) ciężkie oparzenie,  
 h) śpiączka,  
 i) wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba.
- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 45. Poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:  
 a) wszczepienie sztucznej zastawki serca,  
 b) utrata wzroku,  
 c) utrata słuchu,  
 d) utrata mowy,  
 e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM),  
 f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,  
 g) borelioza,  
 h) wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,  
 i) wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C),  
 j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy.
- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 46. Poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy II.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: poważne zachorowanie małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy II polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie zachorowania na którąkolwiek z poniższych jednostek chorobowych:  
 a) oponiak,  
 b) choroba Parkinsona,  
 c) choroba Alzheimera,  
 d) choroba Huntingtona,  
 e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),  
 f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,  
 g) niedokrwiłość aplastyczna,  
 h) łagodny nowotwór mózgu,  
 i) utrata kończyn,  
 j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,  
 k) sepsa (posocznica),  
 l) wścieklizna,  
 m) zator tętnicy płucnej (ZTP),  
 n) choroba neuronu ruchowego,  
 o) zakażona martwica trzustki,  
 p) bakteryjne zapalenie wsierdza,  
 q) tężec,  
 r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),  
 s) ropień mózgu,  
 t) operacja aorty brzusznej/piersiowej,  
 u) gruźlica,  
 v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,  
 w) wstrząs anafilaktyczny.



- 2) Jednostki chorobowe wskazane w pkt. 1) zdefiniowane zostały w Tabeli poważnych zachorowań stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU.
- 47. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego trwającego 3 lub więcej dni.
  - 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek wynosi 60 dni.
- 48. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    - a) nieszczęśliwy wypadek skutkujący pobylem w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - b) pobyt w szpitalu małżonka/partnera ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 1 dzień.
  - 2) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 30 dni.
- 49. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    - a) wypadek komunikacyjny skutkujący pobylem w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - b) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest pierwszym pobylem w szpitalu od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego,
    - c) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - d) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego trwał co najmniej 1 dzień.
  - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 50. Pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, w przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    - a) wypadek komunikacyjny przy pracy skutkujący pobylem w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - b) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest pierwszym pobylem w szpitalu od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego przy pracy,
    - c) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczął się i miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,
    - d) pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy trwał co najmniej 1 dzień.
  - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy jest ograniczona do wypłaty świadczenia za pierwsze 14 dni tego pobytu.
- 51. Operacja chirurgiczna małżonka/partnera Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: operacja chirurgiczna małżonka/partnera Ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej w przypadku poddania małżonka/partnera Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej operacji chirurgicznej wskazanej w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym Załącznik nr 1 do OWDU, świadczenia w wysokości:
    - a) 100% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej I klasy,
    - b) 50% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej II klasy,
    - c) 25% świadczenia - w przypadku operacji chirurgicznej III klasy.
  - 2) Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych.
- 52. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości zależnej od stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego powstałego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej i będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu).
  - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego ograniczona jest do wypłaty świadczenia za nie więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku stosuje się zasady dotyczące ustalania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie objętych odpowiedzialnością z tytułu Umowy Podstawowej i wskazane w postanowieniach OWU oraz „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku” stanowiącą załącznik do OWU.
- 4) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku obejmuje wyłącznie zdarzenia będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 53. Lekkie obrażenie ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: lekkie obrażenie ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia lekkiego obrażenia ciała u małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) lekkie obrażenie ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 54. Wystąpienie u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: wystąpienie u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku gdy zdarzenie wchodzące w zakres Pakietu urazowego oraz jego przyczyna wystąpiły u małżonka/partnera Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 55. Czasowa niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: czasowa niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) wypadek przy pracy będący przyczyną czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) czasowa niezdolność do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wystąpiła w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
  - 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) płatne jest za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni.
  - 3) Dla każdego kolejnych 12 miesięcy polisowych trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wynosi 30 dni.
- IV RODZICE UBEZPIECZONEGO,  
RODZICE MAŁŻONKA/PARTNERA UBEZPIECZONEGO**
- 56. Zgon rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zgonu rodzica Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) zgon rodzica Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 57. Zgon rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zgonu rodzica małżonka/partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) zgon rodzica małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- V RODZENSTWO UBEZPIECZONEGO**
- 58. Zgon rodzeństwa Ubezpieczonego.**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodzeństwa Ubezpieczonego polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej w przypadku śmierci rodzeństwa Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 59. Zgon rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ryzyka: zgon rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku polega na wypłacie świadczenia osobie uprawnionej, jeżeli:
    - a) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej oraz
    - b) zgon rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- UMOWA DODATKOWA  
warunki zawarcia Umowy Dodatkowej  
§ 4.**
1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej, jeżeli Umowa Podstawowa zawarta została na warunkach Pakietu SUPER GRUPA obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.
  2. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa lub w innej udostępnionej przez Towarzystwo formie.
  3. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy ubezpieczeniowej.

## CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

### § 5.

Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

## SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

### § 6.

1. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk w zakresie Umowy Dodatkowej jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką ubezpieczeniową z tytułu Umowy Podstawowej.

## POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 7.

1. Z zastrzeżeniem § 8 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego na polisie ubezpieczeniowej potwierdzającej rozszerzenie zakresu Umowy Podstawowej o Umowę Dodatkową.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu:
  - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
  - 2) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

## KARENCAJA

### § 8.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
  - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
  - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
  - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka,
  - 4) trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 5) poważnego zachorowania Ubezpieczonego w zakresie jednostek chorobowych z Pakietu dodatkowego I lub Pakietu dodatkowego II, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
  - 6) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
  - 7) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
  - 8) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 9) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne, jeżeli pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem szpitalnym nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 10) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
  - 11) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
  - 12) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
  - 13) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
  - 14) lekkiego obrażenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 15) wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
  - 16) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
  - 17) pobytu w sanatorium Ubezpieczonego, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
  - 18) rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 19) rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 20) pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania medycznych świadczeń assistance (Wariant Ubezpieczony i Wariant Rodzinny),
  - 21) zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
  - 22) poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego (Pakiet I dla dziecka, Pakiet II dla dziecka),
  - 23) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 24) operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 25) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 26) lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 27) uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku pogryzienia/ ukąszenia / użądlenia, wymagającego leczenia ambulatoryjnego,
  - 28) zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
  - 29) trwałej całkowitej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 30) poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I i Pakiet dodatkowy II – w przypadku zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
  - 31) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 32) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
  - 33) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy,
  - 34) operacji chirurgicznej małżonka/partnera Ubezpieczonego, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
  - 35) trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 36) lekkiego obrażenia ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 37) wystąpienia u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
  - 38) czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
  - 39) zgonu rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 40) zgonu rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- 41) zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:

#### 1) 6 miesięcy polisowych z tytułu:

- a) zdiagnozowania nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
- b) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- c) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne, jeżeli pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem szpitalnym nastąpił z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- d) pobytu w sanatorium ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- e) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- f) poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego – Pakiet dodatkowy I i Pakiet dodatkowy II - z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- g) pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- h) operacji chirurgicznej małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek
- i) zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego,

#### 2) 3 miesiące polisowe z tytułu:

- a) poważnego zachorowania Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy I, Pakiet dodatkowy II) - z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- b) leczenia nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego,
- c) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- d) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
- e) leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego,
- f) leczenia specjalistycznego dziecka Ubezpieczonego,

#### 3) 9 miesięcy polisowych z tytułu:

- a) urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku w wyniku ciąży mnogiej,
- b) urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną,
- c) urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z niską punkcją w skali APGAR,

#### 4) 2 miesiące polisowe z tytułu wystąpienia dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego - EOM.

3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU stosuje się odpowiednio w zakresie ryzyk objętych zakresem ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 9

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia **któregokolwiek ze zdarzeń ubezpieczeniowych** w przypadku, gdy dane zdarzenie ubezpieczeniowe było wynikiem:
  - 1) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego,
  - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej,
  - 3) usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez osobę której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe,
  - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe przestępstwa umyślnego,
  - 5) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie pozostawiania pod wpływem alkoholu lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie „środkami odurzającymi”), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
    - a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
    - b) nie wykonano badań z innych powodów,
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka, trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, pobytu w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM, leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne, operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, lekkiego obrażenia ciała Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, pobytu w sanatorium Ubezpieczonego, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu dziecka Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałej całkowitej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobytu w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, operacji chirurgicznej małżonka/

partnera Ubezpieczonego, trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lekkiego obrażenia ciała małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia u małżonka/partnera Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego, czasowej niezdolności do pracy małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu rodziców małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:

- 1) pozostawania pod wpływem alkoholu przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe lub pod wpływem leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub środków odurzających, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
    - a) odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
    - b) nie wykonano badań z innych powodów,a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę. Powyższe wyłączenie dotyczy w szczególności zdarzeń powstałych w związku z prowadzeniem przez osobę, której dotyczy zdarzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających.
  - 2) prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba, że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na zajście zdarzenia,
  - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrzego,
  - 4) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
  - 5) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty lotnicze, sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne (z wyłączeniem zdarzeń dotyczących dziecka Ubezpieczonego i powstałych w sytuacji, gdy uprawianie danej dyscypliny wynika z udziału dziecka Ubezpieczonego w obowiązkowych zajęciach sportowych prowadzonych przez jednostkę oświatową),
  - 6) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności – w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących nieszczęśliwych wypadków (wszystkie przypadki nieszczęśliwych wypadków),
  - 7) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy – w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących wypadków przy pracy.
  - 8) udziału w bójce (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej).
3. W stosunku do zdarzeń: **pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy, pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM, leczenie szpitalne Ubezpieczonego - świadczenie apteczne, pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, pobyt w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pobyt w szpitalu małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy**, odpowiednie zastosowanie mają wyłączenia odpowiedzialności wskazane w OWU w zakresie dotyczącym odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej w zakresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu oraz Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach spowodowanych lub będących wynikiem:
- a) leczenia lub zabiegów leczniczych wykonywanych przez osoby nieuprawnione z wyłączeniem pierwszej pomocy,
  - b) rutynowych badań lekarskich, badań okresowych,
  - c) pobytu w ramach prewencji rentowej,
  - d) konieczności wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia,
  - e) leczenia lub operacji, które nie są medyczną koniecznością.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu **pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lekkiego obrażenia ciała dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, w przypadkach będących wynikiem:
- 1) wad wrodzonych (w rozumieniu definicji w OWU) i rozwojowych,
  - 2) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu **pobytu w sanatorium Ubezpieczonego**, jeżeli pobyt w sanatorium Ubezpieczonego nastąpił na skutek, w następstwie lub został spowodowany:
- 1) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
  - 2) wadą wrodzoną (w rozumieniu definicji w OWU) lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem,
  - 3) uzależnieniem od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
  - 4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, zgonu rodzeństwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w sanatorium Ubezpieczonego** jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
- 1) chorób psychicznych, upośledzenia umysłowego, niedorozwoju umysłowego, zaburzeń zachowania,
  - 2) choroby lub zatrucia spowodowanymi zarówno długotrwałym, jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu **operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, operacji chirurgicznej dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej małżonka/partnera Ubezpieczonego**:

- 1) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi przeprowadzonymi przez osoby nieuprawnione bądź będące następstwem eksperymentów medycznych,
  - 2) w wyniku zatrucia spowodowanego zarówno długotrwałym, jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem środków odurzających lub leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 3) w której osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była dawcą organów lub narządów,
  - 4) związanej z ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
  - 5) kosmetycznej, rekonstrukcyjnej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych po zawarciu Umowy Dodatkowej lub choroby wykrytej po zawarciu Umowy Dodatkowej,
  - 6) związanej z leczeniem bezpłodności oraz zabiegu związanego z antykoncepcją,
  - 7) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
  - 8) implantowania zębów,
  - 9) wykonanej w celach diagnostycznych,
  - 10) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **zdiagnozowania nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego, leczenia nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego – Pakiet I dla dziecka i poważnego zachorowania małżonka/partnera Ubezpieczonego w zakresie nowotworu złośliwego** jest wyłączona w przypadku nowotworów:
- a) nowotworu łagodnego,
  - b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis), np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
  - c) raka podstawno komórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,
  - d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm; stopień zaawansowania wg Clarka > 4),
  - e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
  - f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3, g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
  - g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
9. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego (Pakiet I dla dziecka, Pakiet II dla dziecka)** jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
- 1) wad wrodzonych (w rozumieniu definicji w OWU) i rozwojowych,
  - 2) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu,
  - 3) działania w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy Kodeks karny lub w stanie pozostawania pod wpływem alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, wywołanym nadużyciem leków.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z wadą wrodzoną, jeżeli wada wrodzona powstała na skutek lub w związku ze spożyciem przez matkę biologiczną dziecka alkoholu, używaniem środków odurzających albo nadużywaniem leków.

#### OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 10.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Dodatkowej, innych niż wymienione w ust. 2 i 3, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, w przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest beneficjent lub inna osoba uprawniona do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami OWU.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego powodującego osierocenie dziecka jest dziecko (dzieci) Ubezpieczonego, zgodnie z definicją osierocenia dziecka.

#### ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 11.

1. W przypadku świadczenia wynikającego z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia OWU, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w OWU, są:
  - 1) kopia dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli osoba zgłaszającą roszczenie nie jest Ubezpieczony,
  - 2) wypis z dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony jest osobą zgłaszającą roszczenie,
  - 3) w przypadku zdarzeń dotyczących partnera Ubezpieczonego - dokumenty potwierdzające związek partnerski z Ubezpieczonym zgodnie z definicją partnera: zaświadczenie z USC o stanie cywilnym, dokumenty potwierdzające prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego,
  - 4) odpis skrócony aktu zgonu,
  - 5) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
  - 6) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku (każdy przypadek nieszczęśliwego wypadku), okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy danym przypadkiem nieszczęśliwego wypadku a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony w tym:
    - a) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności wypadku - raport policji, protokoły powypadkowe oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

- b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło osobie, której dotyczy zdarzenie pomocy medycznej,
  - c) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia wypadku, o ile został wydany,
  - 7) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (protokół BHP), karta wypadku, decyzja ZUS, o ile była wydana w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy, orzeczenie sądu lub inne zaświadczenia właściwych organów – w przypadku zdarzeń będących wynikiem wypadku przy pracy,
  - 8) dokumentacja medyczna dotycząca przyczyny powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec osoby, u której wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy, po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o trwałej całkowitej niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji przed upływem tego okresu, o ile zostało albo zostały wydane,
  - 9) dane adresowe placówek medycznych, w których w związku ze zgłoszonym zdarzeniem ubezpieczeniowym leczyla się osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe,
  - 10) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie poważnego zachorowania oraz przebieg jego leczenia w zależności od jednostki chorobowej, której dotyczy zdarzenie,
  - 11) opinia lekarza onkologa, stwierdzająca diagnozę nowotworu złośliwego oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań histopatologicznych lub dowody naciekania,
  - 12) dokumentację medyczną potwierdzającą zastosowanie leczenia nowotworu złośliwego lub przeprowadzenie leczenia specjalistycznego,
  - 13) karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis),
  - 14) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie nowotworu złośliwego,
  - 15) w przypadku pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca: i) dokumentację medyczną potwierdzającą objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego m.in. ból w klatce piersiowej, ii) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego, iii) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu lub spadku aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego – poza granicami wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
  - 16) w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
  - 17) dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego, zaświadczenie z leczenia ambulatoryjnego,
  - 18) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie i rodzaj operacji chirurgicznej,
  - 19) dokumenty potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu lub lekkiego obrażenia ciała,
  - 20) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wskazywaną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu (z danym przypadkiem nieszczęśliwego wypadku, z zawałem serca lub udarem mózgu),
  - 21) dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy oraz z przebiegu i zakończenia leczenia (historia leczenia),
  - 22) opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG),
  - 23) w przypadku pobytu w sanatorium: i) potwierdzone przez odpowiedni organ tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skierowanie/orzeczenie na leczenie uzdrowskowe/rehabilitację uzdrowskową, ii) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wskazywaną przyczyną pobytu w sanatorium a pobytem w sanatorium iii) karta informacyjna z pobytu w sanatorium,
  - 24) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia, prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,
  - 25) odpis skrócony aktu urodzenia dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia, prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dzieci,
  - 26) dokumentacja medyczna potwierdzająca zdiagnozowanie wady wrodzonej,
  - 27) dokument stwierdzający u dziecka ostatnią punktację wg skali APGAR wynoszącą 7 lub mniej punktów.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia.
  4. Zgłoszenie i obsługa roszczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej -EOM odbywa się na poniżej wskazanych zasadach:
    - 1) W celu zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem pod numerem telefonu: 22 867 66 67 i podczas rozmowy telefonicznej, pracownik Towarzystwa:
      - a) potwierdzi tożsamość Ubezpieczonego,
      - b) zarejestruje zgłoszenie roszczenia,
      - c) wskaże Ubezpieczonemu adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia.
    - 2) Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim. Koszt tłumaczenia dostarczonych przez Ubezpieczonego dokumentów na język, którym posługuje się lekarz z Instytucji medycznej, pokrywa Towarzystwo):
      - a) rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,
      - b) informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,
      - c) krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.
    - 3) Towarzystwo spełnia świadczenie wydania EOM w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia roszczenia i przekazania przez Ubezpieczonego niezbędnej dokumentacji i informacji.
    - 4) Ekspertka opinia medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, w języku polskim na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.

5. W celu zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania medycznych świadczeń assistance osoba uprawniona do usługi zobowiązana jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem za pośrednictwem Centrum Alarmowego pod numerem telefonu: 22 741 39 99 podczas której:

- 1) osoba reprezentująca Towarzystwo ustali:
  - a) numer polisy ubezpieczeniowej,
  - b) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  - c) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
  - d) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony, małżonek/partner/dziecko Ubezpieczonego),
  - e) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
  - f) okoliczności i przyczynę zaistniałego zdarzenia, rodzaj koniecznej pomocy (usługi) oraz uprawnienie do skorzystania z usługi,
  - g) inne informacje konieczne do realizacji usług.
- 2) w przypadku, gdy konieczną usługą jest konsultacja lekarska osoba reprezentująca Towarzystwo ustali termin i miejsce wizyty w placówce medycznej,
- 3) W przypadku, gdy konieczną usługą jest E-konsultacja osoba reprezentująca Towarzystwo zarejestruje osobę uprawnioną na platformie oraz umówi E-konsultację w wybranej formie (telefon, video, chat). Do realizacji usługi E-konsultacja konieczne jest zaakceptowanie Regulaminu korzystania z usługi za pośrednictwem platformy.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 12.

- 1) Niniejsze OVDU wchodzi w życie z dniem 10 kwietnia 2024 r.
- 2) Niniejsze OVDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 2/04/2024 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 10 kwietnia 2024 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 11 kwietnia 2024 r. lub w terminie późniejszym.



Anna Włodarczyk-Moczkowska  
Prezes Zarządu



Piotr Tański  
Członek Zarządu

## WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH

UKŁAD NERWOWY		
Nazwa procedury		Klasa
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
4	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	II
5	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
6	Wentrykulostomia	II
7	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
8	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
9	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
10	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
11	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
12	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
13	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
14	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
15	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
16	Rekonstrukcja opony twardej	I
17	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
18	Drenaż przestrzeni podoponowej	I
19	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
20	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I
21	Wycięcie nerwu obwodowego	III
22	Zniszczenie nerwu obwodowego	III
23	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	III
24	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	II
25	Sympatektomia szyjna	II
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY		
Nazwa procedury		Klasa
26	Wycięcie przysadki mózgowej	I
27	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
28	Operacja szyszynki	I
29	Wycięcie tarczycy całkowite	II
30	Wycięcie tarczycy częściowe	III
31	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II
32	Wycięcie tarczycy językowej	II
33	Wycięcie przytarczyc	II
34	Wycięcie grasicy	II
35	Wycięcie nadnercza	II
36	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	II
37	Całkowite wycięcie sutka	II
38	Wszczepienie protezy piersi	II
39	Wycięcie zmiany sutka	III
40	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III
OKO		
Nazwa procedury		Klasa
41	Wycięcie gałki ocznej	II
42	Usunięcie zmiany oczodołu	II
43	Proteżowanie gałki ocznej	III
44	Rewizja protezy gałki ocznej	III
45	Operacyjna plastyka oczodołu	II
46	Nacięcie oczodołu	III
47	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
48	Usunięcie zmiany powieki	III
49	Wycięcie nadmiaru powieki	III
50	Rekonstrukcja powieki	III
51	Korekcja deformacji powieki	III
52	Korekcja opadania powieki	II
53	Nacięcie powieki	III
54	Ochronne zszycie szpary powiekowej	III
55	Operacja gruczołu łzowego	III
56	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II

57	Operacja kanału łzowego	III
58	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
59	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
60	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
61	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
62	Usunięcie zmiany spojówki	III
63	Operacja naprawcza spojówki	III
64	Nacięcie spojówki	III
65	Wycięcie zmiany rogówki	III
66	Plastyka rogówki	II
67	Operacja naprawcza rogówki	III
68	Nacięcie rogówki	III
69	Usunięcie zmiany twardówki	III
70	Zabieg naprawy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	II
71	Nacięcie twardówki	III
72	Wycięcie tęczówki	III
73	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
74	Nacięcie tęczówki	III
75	Usunięcie ciała rzęskowego	II
76	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
77	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
78	Nacięcie torebki soczewki oka	III
79	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
80	Operacja ciała szklistego	II
81	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
UCHO		
Nazwa procedury		Klasa
82	Wycięcie ucha zewnętrznego	II
83	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III
84	Plastyka ucha zewnętrznego	II
85	Drenaż ucha zewnętrznego	III
86	Otwarcie wyrostka sutkowatego	II
87	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
88	Drenaż ucha środkowego	III
89	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
90	Usunięcie zmiany ucha środkowego	II
91	Operacja trąbki Eustachiusza	II
92	Operacja ślimaka	I
93	Operacja aparatu przedsionkowego	II
UKŁAD ODDECHOWY		
Nazwa procedury		Klasa
94	Wycięcie nosa	II
95	Plastyka nosa	II
96	Operacja przegrody nosa	III
97	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III
98	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III
99	Operacja nosa zewnętrznego	III
100	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
101	Operacja zatoki czołowej	III
102	Operacja zatoki klinowej	III
103	Operacja zatoki nosa	III
104	Wycięcie gardła	II
105	Operacja naprawcza gardła	II
106	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II
107	Wycięcie krtani	II
108	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
109	Rekonstrukcja krtani	I
110	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	II
111	Częściowe wycięcie tchawicy	I
112	Plastyka tchawicy	II
113	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	II
114	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III

115	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
116	Częściowe usunięcie oskrzela	II
117	Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
118	Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
119	Przeszczep płuca	I
120	Wycięcie płuca	I
121	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
122	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
123	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
<b>JAMA USTNA</b>		
Nazwa procedury		Klasa
124	Częściowe wycięcie wargi	III
125	Usunięcie zmiany wargi	III
126	Korekcja deformacji wargi	II
127	Wycięcie języka	II
128	Usunięcie zmiany języka	III
129	Nacięcie języka	III
130	Usunięcie zmiany podniebienia	III
131	Korekcja deformacji podniebienia	II
132	Wycięcie migdałków	III
133	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
134	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
135	Wycięcie ślinianki	III
136	Usunięcie zmiany ślinianki	III
137	Nacięcie gruczołu ślinowego	III
138	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
139	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
140	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
141	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
<b>GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO</b>		
Nazwa procedury		Klasa
142	Wycięcie przełyku i żołądka	I
143	Całkowite wycięcie przełyku	I
144	Częściowe wycięcie przełyku	II
145	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
146	Zespolenie omijające przełyku	I
147	Rewizja zespolenia przełyku	II
148	Operacja naprawcza przełyku	I
149	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
150	Nacięcie przełyku	II
151	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
152	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
153	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
154	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III
155	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
156	Operacja antyrefluksowa	III
157	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III
158	Całkowite wycięcie żołądka	I
159	Częściowe wycięcie żołądka	II
160	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
161	Operacja plastyczna żołądka	II
162	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
163	Zespolenie żołądkowo-czczce	II
164	Gastrostomia	III
165	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
166	Pyloromyotomia	II
167	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
168	Wycięcie dwunastnicy	II
169	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
170	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
171	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II

172	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
173	Wycięcie jelita czczego	II
174	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
175	Jejunostomia	II
176	Zespolenie omijające jelita czczego	II
177	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
178	Wycięcie jelita krętego	II
179	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
180	Zespolenie omijające jelita krętego	II
181	Rewizja zespolenia jelita krętego	II
182	Wytworzenie ileostomii	II
183	Rewizja ileostomii	II
184	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
185	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II
<b>DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO</b>		
Nazwa procedury		Klasa
186	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
187	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
188	Całkowite wycięcie okrężnicy	I
189	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
190	Resekcja poprzecznicy	II
191	Lewostronna hemikolektomia	II
192	Wycięcie esicy	II
193	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
194	Zespolenie omijające okrężnicy	II
195	Wylonienie jelita ślepego	II
196	Nacięcie okrężnicy	II
197	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
198	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
199	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
200	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu	III
201	Wycięcie odbytnicy	I
202	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
203	Ufiksovanie odbytnicy metodą otwartą	II
204	Operacja ufiksovania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
205	Operacja ufiksovania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
206	Wycięcie odbytu	II
207	Wycięcie zmiany odbytu	III
208	Zniszczenie zmiany odbytu	III
209	Operacja naprawcza odbytu	II
210	Wycięcie hemoroidów	III
211	Zniszczenie hemoroidów	III
212	Drenaż przez okolicę krocza	III
213	Wycięcie zatoki włosowej	III
<b>INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ</b>		
Nazwa procedury		Klasa
214	Przeszczep wątroby	I
215	Częściowe wycięcie wątroby	I
216	Usunięcie zmiany wątroby	I
217	Nacięcie wątroby	III
218	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
219	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
220	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
221	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
222	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
223	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
224	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
225	Przeznaczyniowa terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	III
226	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
227	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
228	Zespolenie przewodu wątrobowego	I
229	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
230	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
231	Nacięcie przewodu żółciowego	II
232	Przezdwnastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
233	Przezdwnastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II

234	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
235	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
236	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
237	Przeszkólna rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
238	Przeszkólna implantacja protezy przewodu żółciowego	III
239	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III
240	Przeszczep trzustki	I
241	Całkowite wycięcie trzustki	I
242	Wycięcie głowy trzustki	I
243	Usunięcie zmiany trzustki	II
244	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
245	Otwarty drenaż zmiany trzustki	II
246	Nacięcie trzustki	II
247	Całkowite wycięcie śledziony	II

### SERCE

Nazwa procedury	Klasa	
248	Przeszczep płuc i serca	I
249	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
250	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I
251	Korekcja całkowitego nieprawidłowego splotu żylnego	I
252	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
253	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
254	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
255	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
256	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
257	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
258	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
259	Plastyka przedsionka serca	I
260	Walwuloplastyka mitralna	I
261	Walwuloplastyka aortalna	I
262	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
263	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
264	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
265	Rewizja plastyki zastawki serca	I
266	Otwarta walwulotomia	I
267	Zamknięta walwulotomia	I
268	Przeszkólna operacja dotycząca zastawki serca	II
269	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
270	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
271	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
272	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
273	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
274	Otwarta koronaroplastyka	I
275	Przeszkólna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej ze wszczepieniem stentu	II
276	Otwarta operacja układu bódzoprzewodzącego serca	I
277	Wszczepienie systemu wspomagania serca	II
278	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
279	Inny stały sposób stymulacji serca	I
280	Wycięcie osierdzia	I
281	Drenaż osierdzia	II
282	Nacięcie osierdzia	II

### NACZYNIĄ TĘTNICZE ORAZ ŻYŁNE

Nazwa procedury	Klasa	
283	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
284	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
285	Przeszkólna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
286	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
287	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
288	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
289	Przeszkólna operacja tętnicy płucnej	II
290	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
291	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
292	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
293	Plastyka aorty	I
294	Przeznaczeniowa operacja aorty	II
295	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
296	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II

297	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
298	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
299	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
300	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
301	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
302	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
303	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
304	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
305	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
306	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
307	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
308	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
309	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
310	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	III
311	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
312	Wycięcie innej tętnicy	III
313	Operacja naprawcza innej tętnicy	III
314	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
315	Zespolenie tętniczo-żylnie	III
316	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
317	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
318	Usunięcie skrzepiny z żyły metodą otwartą	III
319	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	III

### UKŁAD MOCZOWY

Nazwa procedury	Klasa	
320	Przeszczep nerki	II
321	Całkowite wycięcie nerki	II
322	Częściowe wycięcie nerki	II
323	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
324	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
325	Nacięcie nerki	II
326	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
327	Operacja nerki przez nefrostomię	III
328	Wycięcie moczowodu	II
329	Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
330	Reimplantacja moczowodu	II
331	Operacja naprawcza moczowodu	II
332	Nacięcie moczowodu	II
333	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II
334	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
335	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
336	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
337	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
338	Powiększenie pęcherza	II
339	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	III
340	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	III
341	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
342	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
343	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
344	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
345	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
346	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
347	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
348	Wycięcie cewki moczowej	II
349	Operacja naprawcza cewki moczowej	II
350	Terapeutyczna endoscopia cewki moczowej	III
351	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III

### NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE

Nazwa procedury	Klasa	
352	Usunięcie moszny	III
353	Obustronne wycięcie jąder	II
354	Usunięcie jednego jądra	III
355	Usunięcie zmiany jądra	III
356	Obustronne sprowadzenie jąder	II
357	Proteżowanie jądra	III
358	Operacja wodniaka jądra	III
359	Operacja najądrza	III

360	Wycięcie nasieniowodu	III
361	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
362	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
363	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
364	Amputacja prącia	II
365	Usunięcie zmiany prącia	III
366	Operacja plastyczna prącia	III
367	Protezowanie prącia	III
368	Operacja napletka	III

### ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY

Nazwa procedury	Klasa	
369	Operacja lechtaczki	III
370	Operacja gruczołu Bartholina	III
371	Wycięcie sromu	II
372	Wycięcie zmiany sromu	III
373	Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
374	Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
375	Wycięcie pochwy	III
376	Nacięcie zrostów pochwy	III
377	Usunięcie zmiany pochwy	III
378	Operacja plastyczna pochwy	III
379	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
380	Plastyka sklepienia pochwy	III
381	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
382	Wycięcie szyjki macicy	III
383	Zniszczenie zmiany szyjki macicy	III
384	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
385	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
386	Usunięcie zmiany macicy metodą endoskopową	III
387	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
388	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
389	Częściowe wycięcie jajowodu	III
390	Wszczepienie protezy jajowodu	III
391	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
392	Nacięcie jajowodu	II
393	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
394	Częściowe wycięcie jajnika	III
395	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III
396	Operacja naprawcza jajnika	III
397	Pobranie komórki jajowej	III
398	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
399	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
400	Operacja innego więzadła macicy	III

### SKÓRA

Nazwa procedury	Klasa	
401	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
402	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
403	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
404	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
405	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	II
406	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
407	Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
408	Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
409	Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
410	Przeszczep płata śluzówki	III
411	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
412	Przeszczep śluzówki	III
413	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
414	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
415	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III

### TKANKI MIĘKKIE

Nazwa procedury	Klasa	
416	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
417	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
418	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
419	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
420	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
421	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	III

422	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
423	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
424	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
425	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
426	Plastyka przepukliny pępkowej	III
427	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
428	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	II
429	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III
430	Operacja dotycząca pępka	III
431	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	III
432	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
433	Operacja dotycząca sieci	III
434	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
435	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
436	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
437	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
438	Przeszczep powięzi	III
439	Wycięcie powięzi brzucha	III
440	Usunięcie zmiany powięzi	III
441	Operacja kaletki	III
442	Przełożenie ścięgna	III
443	Wycięcie ścięgna	III
444	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
445	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
446	Uwolnienie ścięgna	III
447	Zmiana długości ścięgna	III
448	Wycięcie pochewki ścięgna	III
449	Przeszczep mięśnia	II
450	Wycięcie mięśnia	III
451	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	III
452	Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
453	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
454	Drenaż zmiany węzła chłonnego	III
455	Operacja przewodu limfatycznego	II
456	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III

### KOŚCI ORAZ STAWY

Nazwa procedury	Klasa	
457	Operacja naprawcza czaszki	II
458	Otwarcie czaszki	I
459	Wycięcie kości twarzy	III
460	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
461	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
462	Wycięcie żuchwy	II
463	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
464	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
465	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
466	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
467	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
468	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
469	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
470	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
471	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
472	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
473	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
474	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
475	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
476	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
477	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
478	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
479	Całkowita rekonstrukcja kciuka	II
480	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
481	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
482	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
483	Całkowite wycięcie kości	III
484	Wycięcie kości ektopowej	III
485	Usunięcie zmiany nowotworowej kości	II



486	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
487	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
488	Rozdzielenie trzonu kości	II
489	Rozdzielenie kości stopy	III
490	Drenaż kości	III
491	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
492	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
493	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	II
494	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
495	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
496	Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	III
497	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
498	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
499	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
500	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
501	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
502	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
503	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
504	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
505	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
506	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
507	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
508	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
509	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
510	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
511	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
512	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
513	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
514	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
515	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
516	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	III
517	Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
518	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
519	Protezowanie ścięgna	III
520	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
521	Uwolnienie przykurczu stawu	III
522	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
523	Terapeutyczna artroskopia stawu	III
<b>RÓŻNE</b>		
Nazwa procedury		Klasa
524	Reimplantacja kończyny górnej	II
525	Reimplantacja kończyny dolnej	II
526	Reimplantacja innego narządu	II
527	Wszczepienie protezy kończyny	I
528	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
529	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
530	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
531	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
532	Amputacja palucha	III

## TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

L.p.	Poważne zachorowanie – nazwa jednostki chorobowej	Definicja	Ryzyko w OWDU, (zgodnie z opisem skrótów ryzyk)
1	Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	lecnicza technika (zabieg medyczny) cewnikowania serca, polegająca na rozszerzeniu zwężonej lub udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej (serca), jednej lub więcej, przeprowadzona w świeżym zawału serca, wykonana przy użyciu cewnika balonowego. Dla uznania tego zabiegu za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego rozpoznania świeżego zawału serca, b) potwierdzenie wykonania zabiegu w dokumentacji hemodynamicznej. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych dotyczy jedynie tych zdarzeń, które są następstwem choroby wieńcowej rozpoznanej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.	U2 M/P2
2	Bakteryjne zapalenie wsierdzia	proces zapalny wywołany bakteriami paciorkowca, gronkowca lub pneumokokami, powodujący zmiany morfotyczne wsierdzia (błony wyścielającej jamy serca) w postaci zakrzepów płytkowych, białych i czerwonych krwinek oraz masy bakteryjnej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) posiadanie dodatniego wyniku badania posiewowego krwi, c) potwierdzenie trwałego uszkodzenia zastawek serca pod postacią niewydolności, w badaniu echokardiograficznym serca, d) zastosowanie antybiotykoterapii adekwatnej do etiologii schorzenia.	U2 M/P2
3	Bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza)	choroba pasożytnicza wywołana przez tasiemca, powodująca powstanie torbieli (cysty) umiejscowionej w mózgu, dająca kliniczne objawy guza mózgu, wymagająca leczenia operacyjnego i zastosowania chemioterapii przeciwpasożytniczej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) dodatni wynik badania parazytologicznego materiału pozyskanego drogą biopsji torbieli lub śródoperacyjnie, c) zastosowanie chemioterapii.	U2 D2 M/P2
4	Borelioza	choroba wywołana przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzująca się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za boreliozę, koniecznym jest przedstawienie dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELIZA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką.	U1 D2 M/P1
5	Ciężkie oparzenie	oparzenie trzeciego stopnia (zniszczenie całej grubości skóry), dotyczące co najmniej 20% powierzchni ciała.	D1 M/P
6	Choroba Alzheimera	choroba neurodegeneracyjna typu II (w okresie 40-65 r.ż.), manifestująca się postępującym zespołem otępiennym w postaci: afazji (zaburzenia funkcji mówienia), aleksji (zaburzenia zdolności rozumienia słowa pisanego), agrafii (zaburzenia umiejętności pisania) i/lub apraksji (upośledzenie zdolności wykonywania precyzyjnych i celowych ruchów). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę, b) zaników korowych charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej w obrazie TK mózgu, c) zastosowania leczenia szpitalnego, d) orzeczenia inwalidztwa. Zaburzenia mowy, rozumienia, pisania i wykonywania ruchów, będące następstwem udaru lub guza mózgu, nie są uznawane za chorobę Alzheimera.	U2 M/P2
7	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	diagnoza choroby, która musi być uznana za „prawdopodobną”, zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba: a) postępująca demencja, b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonie, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny, c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF), d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy. Za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba.	D1 M/P
8	Choroba Huntingtona	zespół progresywnych deficytów psychicznych, wywołany uogólnionym zwyrodnieniem mózgu, o charakterze dziedzicznym i wrodzonym, manifestujący się mimowolnymi ruchami płaśawiczymi. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę, b) przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.	U2 M/P2
9	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne, choroba Charcota, amyotrophic lateral sclerosis ALS)	postępująca choroba neurodegeneracyjna, w postaci uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego neuronu ruchowego, manifestująca się zanikami mięśniowymi, spastycznymi niedowładami kończyn i objawami opuszkowymi, wymagająca leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) potwierdzenie etiologii niedowładu w badaniu EMG (elektromiografia), c) wystąpienie typowych zmian w badaniu MRI.	U2 M/P2

10	Choroba Parkinsona	choroba układu pozapiramidowego, której istotą jest postępujący zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, charakteryzująca się: wystąpieniem co najmniej dwóch kluczowych ruchowych objawów choroby (spowolnienie ruchowe, wzmoczenie napięcia mięśniowego, drżenie spoczynkowe), brakiem objawów uszkodzenia innych układów nerwowych, stwierdzeniem wyraźnej poprawy po podaniu lewodopy lub agonisty receptora dopaminergicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: potwierdzenie choroby (rozpoznanie kliniczne) przez lekarza specjalistę (neurologa, neurochirurga). Rozpoznanie kliniczne winno być potwierdzone badaniem neuroobrazowym TK lub MRI. Wystąpienie drżenia samoistnego nie jest uznawane za objaw choroby Parkinsona. Objawy „zespołu Parkinsona” towarzyszące innym stanom chorobowym (guzy, miażdżyca, kiła, urazy, zatrucia CO, nadużywanie leków) nie są uznawane za chorobę Parkinsona.	U2 M/P2
11	Gruźlica	choroba zakaźna wywołana przez prątki gruźlicy typu ludzkiego ( <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ), manifestująca się zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są: a) rozpoznanie kliniczne w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) posiadanie dodatniego wyniku próby tuberkulinowej (odczyn śródskórny Mantoux), c) potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym, d) posiadanie dodatniego wyniku badania płwociny na obecność prątków Kocha, e) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia.	U2 M/P2
12	Kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu	ostra choroba wirusowa wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszona przez kleszcze powodująca infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał.	U1 D2 M/P1
13	Łagodny nowotwór mózgu	proces powolnego rozrostu komórek, budową histologiczną zbliżonych do tkanki prawidłowej, nie powodujący naciekania okolicznych tkanek oraz wnikania do naczyń krwionośnych, niedający przerzutów i wznowy choroby, tj. nawrotu procesu po zastosowanym leczeniu. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, neurologii lub onkologii, b) potwierdzenie łagodnego charakteru nowotworu w badaniu histopatologicznym.	U2 M/P2
14	Niedokrwistość aplastyczna	nabyta aplazja szpiku kostnego, z pancytopenią krwi obwodowej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) wystąpienia pancytopenii trójukładowej (niedobór wszystkich prawidłowych elementów morfotycznych krwi: erytrocytów, leukocytów i trombocytów), c) wystąpienia aplazji trójukładowej szpiku (< 25% komórkowości), w badaniu szpiku metodą biopsji.	U2 M/P2
15	Niewydolność nerek	schyłkowe stadium choroby nerek, rozumiane jako nieodwracalna, przewlekła niewydolność obu nerek (niezależnie od przyczyny), wymagająca regularnych dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) lub przeprowadzenia transplantacji nerki. Dla zaliczenia przez Towarzystwo tej jednostki chorobowej do grupy poważnych zachorowań, musi być ona potwierdzona dokumentacją medyczną uzasadniającą rozpoznanie kliniczne oraz zastosowane leczenie (dializy lub przeszczep). Rozpoznanie niewydolności nerek winno nastąpić w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.	D1 M/P
16	Nowotwór złośliwy	choroba, charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania, badaniem histopatologicznym.	D1 M/P
17	Operacja aorty brzusznej/ piersiowej	operacyjne usunięcie odcinka aorty, poszerzonego tętniakowato w przebiegu ostrego rozwarstwienia jej ściany i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego tętniaka w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego.	U2 M/P2
18	Operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku	operacyjne usunięcie odcinka aorty, uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania operacji aorty za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie uszkodzenia aorty wskutek nieszczęśliwego wypadku w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego.	U2 M/P2
19	Oponiak	nowotwór wewnątrzczaszkowy wychodzący z komórek meningealnych (opon mózgowo-rdzeniowych), cechujący się powolnym ekspansywnym wzrostem, bez histologicznych cech złośliwości. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz badaniem neuroobrazowym, dwufazowym TK głowy lub MRI.	U2 M/P2
20	Pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass)	kardiologiczne metody leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), polegające na utworzeniu by-passu (obwodnicy, pomostu) z wykorzystaniem: żyły odpiszczelowej pobranej z podudzia, tętnicy piersiowej wewnętrznej lewej (LIMA) lub prawej (RIMA), tętnicy promieniowej pobranej z przedramienia lub sztucznego naczynia, w celu przywrócenia właściwego przepływu krwi z aorty do zwężonych lub zamkniętych tętnic wieńcowych, wykonywane w znieczuleniu ogólnym, z wykorzystaniem lub bez wykorzystania krążenia pozaustrojowego. Każdy zabieg wymaga poprzedzenia badaniem koronarograficznym oraz kwalifikacją lekarza kardiologa i kardi chirurga. Za metody kardiologiczne uznaje się: CABG (coronary artery bypass grafting) – pomostowanie tętnic wieńcowych z użyciem krążenia pozaustrojowego; OPCAB (off-pumping coronary artery bypass) – pomostowanie tętnic wieńcowych bez użycia krążenia pozaustrojowego; MIDCAB (minimally invasive direct coronary artery bypass) – małoinwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych; PACAB (port access coronary artery bypass) – chirurgia naczyń wieńcowych poprzez ograniczony dostęp; TECAB (totally endoscopic coronary artery bypass) – roboty kardiologiczne; MIDCAB+PCI – hybrydowe leczenie choroby wieńcowej. Pojęcie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI) wykonanej bez jednoczesnego zastosowania MIDCAB lub innej wymienionej powyżej.	D1 M/P
21	Porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku	schorzenie neurologiczne (paraplegia, tetraplegia) polegające na całkowitej niemożności wykonywania ruchu, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni, spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego i/lub mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, chirurgii lub neurologii, b) jednoznaczne potwierdzenie uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub mózgu w badaniach obrazowych,	U2 M/P2
22	Przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C	zdiagnozowane w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie obejmującym tę jednostkę chorobową zmiany chorobowe mięszu wątroby pod postacią aktywnego procesu zapalnego, trwające co najmniej 6 miesięcy, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych, przede wszystkim badania histopatologicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) dodatni wynik badania histopatologicznego, c) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia, d) zakwalifikowanie do przeszczepu wątroby.	U2 M/P2

23	Ropień mózgu	powikłanie sepsy. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego sepsy w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi, c) powikłania w badaniach obrazowych.	U2 M/P2
24	Sepsa (posocznica)	zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodującym powstanie powikłań w postaci ropni w narządach mięszszowych. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie: a) rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi, c) powikłań w badaniach obrazowych.	U2 D2 M/P2
25	Stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM)	jednostka chorobowa spełniająca następujące kryteria: – trwale zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, – obecność charakterystycznego obrazu w NMR (tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielizacyjnych), – obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym.	U1 M/P1
26	Śpiączka	stan utraty przytomności, wymagający zastosowania przez co najmniej 96 godzin systemu podtrzymującego życie, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne procesy regulacyjne oraz zanikiem odruchów fizjologicznych. Pojęcie śpiączka nie obejmuje: przypadków śpiączki wywołanych spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających bądź nadużyciem leków.	D1 M/P
27	Tężec	zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca ( <i>Clostridium tetani</i> ), poparte dodatnim wywiadem, co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i anatoksyną.	U2 D2 M/P2
28	Transplantacja jednego z głównych narządów	zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli osoba, której dotyczy zdarzenie jest biorcą, potwierdzony dokumentacją medyczną uzasadniającą ich dokonanie.	D1 M/P
29	Udar mózgu	nagły incydent mózgowo-naczyniowy, powodujący neurologiczne następstwa oraz trwale zmiany w tkance mózgowej, potwierdzone w badaniach neuroobrazowych CT i/lub MRI, spowodowane wylewem, zawałem lub zatorom i manifestujący się neurologicznymi objawami ogniskowymi. Pojęcie nie obejmuje przemijających zespołów niedokrwiennych oraz wylewów podjączynówkowych, spowodowanych pęknięciem tętniaka mózgu.	D1 M/P
30	Utrata kończyny	amputacja co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazowa lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględny wskazaniami do jej amputacji, na poziomie uda (powyżej stawu kolanowego) i/lub na poziomie ramienia (powyżej stawu łokciowego). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest udokumentowanie leczenia szpitalnego w oddziale chirurgii lub ortopedii.	U2 M/P2
31	Utrata mowy	nieodwracalna, całkowita utrata zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krtani oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności rozszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy.	U1 D2 M/P1
32	Utrata słuchu	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.	U1 D2 M/P1
33	Utrata wzroku	całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych i zaopatrzenia medycznego. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepotą nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.	U1 D2 M/P1
34	Wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zmiany chorobowe mięszszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zachorowania WZW B za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlATiAspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-HbcIqM+++).	U1 D2 M/P1
35	Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)	zmiany chorobowe mięszszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej - stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygenu wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.), – obecność przeciwciał anty-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR .	U1 M/P1
36	Wstrząs anafilaktyczny	ciężka postać anafilaksji (3 i 4 stadium), alergicznej reakcji organizmu ludzkiego na alergen, objawiająca się głębokimi zaburzeniami (niewydolnością) układu krążenia, oddychania i trawiennego, wymagająca leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) potwierdzenie w dokumentacji medycznej wystąpienia ciężkiej postaci: hipotoni, obrzęku krtani, bronchospazmu, zaburzeń świadomości i dyspepsji, c) wynik badania potwierdzający wzrost poziomu przeciwciał IgE.	U2 M/P2
37	Wszczepienie sztucznej zastawki serca	pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach.	U1 D2 M/P1
38	Wścieklizna	śmiertelna choroba wirusowa, wywołana przez wirus Rabies virus (RABV) drogą zakażenia bezpośredniego, wymagająca hospitalizacji i leczenia szczepionkami i/lub anatoksyną. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych schorzenia przez lekarza medycyny, b) potwierdzenie zdarzenia pokąsania przez zwierzę, c) potwierdzenie przez lekarza weterynarii zakażenia zwierzęcia.	U2 D2 M/P2

39	Zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zakażenie wirusem upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzone wynikami badań krwi. Dla uznania zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/ $\mu$ l, celem eliminacji wyniku „falszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi.	U1 D2 M/P1
40	Zakażona martwica trzustki	ciężka postać ostrego zapalenia trzustki, pod względem anatomicznym cechująca się nieodwracalnym uszkodzeniem trzustki i tkanek okołotrzustkowych pod postacią martwicy, objawiająca się bólem w jamie brzusznej i wzrostem aktywności enzymu amylazy we krwi i w moczu, wymagająca leczenia szpitalnego. Pojęcie nie obejmuje ostrego zapalenia trzustki będącego następstwem spożycia alkoholu lub alkoholizmu. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tej jednostki chorobowej obejmuje wypłatę świadczenia jedynie za pierwszorazowe zachorowanie. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę endokrynologa, internistę lub chirurga, b) potwierdzenie zakażenia tkanek martwiczych trzustki dodatnim wynikiem posiewu materiału uzyskanego drogą biopsji aspiracyjnej lub laparotomii.	U2 M/P2
41	Zator tętnicy płucnej (ZTP)	mechaniczne zatkanie tętnicy płucnej lub jej rozgałęzienia, lub skurcz tych naczyń, wywołane skrzepliną, doprowadzające do zaburzenia krążenia płucnego i upośledzenia ukrwienia mięszu płucnego, manifestujące się objawami klinicznymi: dusznością wysiłkową i/lub spoczynkową, bólami w klatce piersiowej, tachypnoe. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, b) jednoznaczne potwierdzenie rozpoznania: scyntyografią perfuzyjną płuc, angiografią tętnicy płucnej, spiralną tomografią komputerową z podaniem kontrastu (sCT), przez przełykową echokardiografią (TEE) lub rezonansem magnetycznym, c) potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym.	U2 M/P2
42	Zawał serca	martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedokrwieniem, potwierdzona dokumentacją medyczną o wystąpieniu: objawów klinicznych, świeżych typowych zmian w zapisie EKG, znanym dla zawału podwyższeniem specyficznych enzymów (z typową dynamiką zmian) oraz badaniami potwierdzającymi skutki martwicy mięśnia sercowego pod postacią stwierdzanej w badaniu USG akinezy ściany mięśnia sercowego.	D1 M/P

# ZAŁĄCZNIK NR 3

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424

## WYKAZ OPERACJI CHIRURGICZNYCH W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

UKŁAD NERWOWY		
Nazwa procedury		Klasa
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
3	Wentrykulostomia	II
4	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
5	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
6	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
7	Rekonstrukcja opony twardej	I
8	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	I
10	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I
11	Wycięcie nerwu obwodowego	III
12	Zniszczenie nerwu obwodowego	III
13	Uwolnienie nerwu obwodowego	III
14	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	II
15	Sympatektomia szyjna	II
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY		
Nazwa procedury		Klasa
16	Wycięcie tarczycy całkowite	II
17	Wycięcie tarczycy częściowe	III
18	Wszczepienie protezy piersi	II
19	Wycięcie zmiany sutka	III
20	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III
OKO		
Nazwa procedury		Klasa
21	Wycięcie gałki ocznej	II
22	Protezowanie gałki ocznej	III
23	Rewizja protezy gałki ocznej	III
24	Operacyjna plastyka oczodołu	II
25	Nacięcie oczodołu	III
26	Rekonstrukcja powieki	III
27	Korekcja deformacji powieki	III
28	Nacięcie powieki	III
29	Ochronne zszycie szpary powiekowej	III
30	Operacja gruczołu łzowego	III
31	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
32	Operacja kanału łzowego	III
33	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
34	Operacja naprawcza spojówki	III
35	Plastyka rogówki	II
36	Operacja naprawcza rogówki	III
37	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	II
38	Wycięcie tęczówki	III
39	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
40	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II
41	Nacięcie torebki soczewki oka	III
42	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
43	Operacja ciała szklistego	II
UCHO		
Nazwa procedury		Klasa
44	Wycięcie ucha zewnętrznego	II
45	Plastyka ucha zewnętrznego	II
46	Drenaż ucha zewnętrznego	III
47	Otwarcie wyrostka sutkowatego	II
48	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
49	Drenaż ucha środkowego	III
50	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II
51	Operacja naprawcza ucha wewnętrznego	II
UKŁAD ODDECHOWY		
Nazwa procedury		Klasa
52	Wycięcie nosa	II
53	Plastyka nosa	II

54	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III
55	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III
56	Operacja nosa zewnętrznego	III
57	Operacja naprawcza gardła	II
58	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II
59	Wycięcie krtani	II
60	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
61	Rekonstrukcja krtani	I
62	Częściowe wycięcie tchawicy	I
63	Plastyka tchawicy	II
64	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II
65	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III
66	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
67	Częściowe usunięcie oskrzela	II
68	Przeszczep płuca	I
69	Wycięcie płuca	I
70	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
71	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
72	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA		
Nazwa procedury		Klasa
73	Częściowe wycięcie wargi	III
74	Korekcja deformacji wargi	II
75	Wycięcie języka	II
76	Korekcja deformacji podniebienia	II
77	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
78	Wycięcie ślinianki	III
79	Nacięcie gruczołu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		
Nazwa procedury		Klasa
80	Wycięcie przetyku i żołądka	I
81	Całkowite wycięcie przetyku	I
82	Częściowe wycięcie przetyku	II
83	Zespolenie omijające przetyku	I
84	Rewizja zespolenia przetyku	II
85	Operacja naprawcza przetyku	I
86	Wytworzenie przetoki przetykowej	II
87	Nacięcie przetyku	II
88	Wprowadzenie endoprotezy przetyku metodą otwartą	II
89	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
90	Całkowite wycięcie żołądka	I
91	Częściowe wycięcie żołądka	II
92	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
93	Zespolenie żołądkowo-czcze	II
94	Gastrotomia	III
95	Pyloromyotomia	II
96	Wycięcie dwunastnicy	II
97	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
98	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
99	Wycięcie jelita czczego	II
100	Jejunostomia	II
101	Zespolenie omijające jelita czczego	II
102	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
103	Wycięcie jelita krętego	II
104	Zespolenie omijające jelita krętego	II
105	Rewizja zespolenia jelita krętego	II
106	Wytworzenie ileostomii	II
107	Rewizja ileostomii	II
108	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II

<b>DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO</b>		
Nazwa procedury		Klasa
109	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
110	Całkowite wycięcie okrężnicy	I
111	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
112	Resekcja poprzecznicy	II
113	Lewostronna hemikolektomia	II
114	Wycięcie esicy	II
115	Zespolenie omijające okrężnicy	II
116	Wylonienie jelita ślepego	II
117	Nacięcie okrężnicy	II
118	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
119	Wycięcie odbytnicy	I
120	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
121	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
122	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
123	Wycięcie odbytu	II
124	Operacja naprawcza odbytu	II
125	Drenaż przez okolicę krocza	III
<b>INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ</b>		
Nazwa procedury		Klasa
126	Przeszczep wątroby	I
127	Częściowe wycięcie wątroby	I
128	Operacja naprawcza wątroby	III
129	Nacięcie wątroby	III
130	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
131	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
132	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
133	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
134	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
135	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
136	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
137	Zespolenie przewodu wątrobowego	I
138	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
139	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
140	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
141	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
142	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
143	Przezskórną rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
144	Przezskórną implantację protezy przewodu żółciowego	III
145	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III
146	Całkowite wycięcie trzustki	I
147	Wycięcie głowy trzustki	I
148	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
149	Całkowite wycięcie śledziony	II
150	Operacja naprawcza śledziony	III
<b>SERCE</b>		
Nazwa procedury		Klasa
151	Przeszczep płuc i serca	I
152	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
153	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca	I
154	Operacja naprawcza mięśnia sercowego	II
155	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
156	Wycięcie osierdzia	I
157	Drenaż osierdzia	II
158	Nacięcie osierdzia	II
<b>NACZYNIĄ TĘTNICZE ORAZ ŻYLNIE</b>		
Nazwa procedury		Klasa
159	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
160	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
161	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
162	Przezskórną operację tętnicy płucnej	II
163	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
164	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
165	Plastyka aorty	I
166	Przeznaczyniowa operacja aorty	II
167	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
168	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	II

169	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	II
170	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
171	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
172	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
173	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	II
174	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
175	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
176	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
177	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	II
178	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
179	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	III
180	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
181	Wycięcie innej tętnicy	III
182	Operacja naprawcza innej tętnicy	III
183	Zespolenie tętniczo-żylne	III
184	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
185	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
186	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
<b>UKŁAD MOCZOWY</b>		
Nazwa procedury		Klasa
187	Przeszczep nerki	II
188	Całkowite wycięcie nerki	II
189	Częściowe wycięcie nerki	II
190	Zabieg naprawczy nerki	II
191	Wycięcie moczowodu	II
192	Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
193	Reimplantacja moczowodu	II
194	Operacja naprawcza moczowodu	II
195	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
196	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
197	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
198	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
199	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
200	Wycięcie cewki moczowej	II
201	Operacja naprawcza cewki moczowej	II
202	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
203	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III
<b>NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE</b>		
Nazwa procedury		Klasa
204	Usunięcie moszny	III
205	Obustronne wycięcie jąder	II
206	Usunięcie jednego jądra	III
207	Protezowanie jądra	III
208	Operacja wodniaka jądra	III
209	Operacja najądrza	III
210	Wycięcie nasieniowodu	III
211	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
212	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
213	Amputacja prącia	II
214	Operacja plastyczna prącia	III
215	Protezowanie prącia	III
<b>ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY</b>		
Nazwa procedury		Klasa
216	Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
217	Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
218	Wycięcie pochwy	III
219	Operacja plastyczna pochwy	III
220	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
221	Plastyka sklepienia pochwy	III
222	Wycięcie szyjki macicy	III
223	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
224	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
225	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
226	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
227	Częściowe wycięcie jajowodu	III
228	Wszczepienie protezy jajowodu	III
229	Nacięcie jajowodu	II
230	Częściowe wycięcie jajnika	III

231	Operacja naprawcza jajnika	III
232	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
233	Operacja innego więzadła macicy	III
<b>SKÓRA</b>		
Nazwa procedury		Klasa
234	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
235	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
236	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	III
237	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
238	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	II
239	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
240	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
241	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
242	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
243	Przeszczep płata śluzówki	III
244	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
245	Przeszczep śluzówki	III
246	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
247	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
248	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III
<b>TKANKI MIĘKKIE</b>		
Nazwa procedury		Klasa
249	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
250	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
251	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
252	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
253	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
254	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
255	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
256	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
257	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
258	Plastyka przepukliny pępkowej	III
259	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III
260	Operacja dotycząca pępka	III
261	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
262	Operacja naprawcza krezki, sieci i otrzewnej	III
263	Przeszczep powięzi	III
264	Wycięcie powięzi brzucha	III
265	Operacja kaletki	III
266	Przełożenie ścięgna	III
267	Wycięcie ścięgna	III
268	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
269	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
270	Uwolnienie ścięgna	III
271	Wycięcie pochewki ścięgna	III
272	Przeszczep mięśnia	II
273	Wycięcie mięśnia	III
274	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	III
275	Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
<b>KOŚCI ORAZ STAWY</b>		
Nazwa procedury		Klasa
276	Operacja naprawcza czaszki	II
277	Otwarcie czaszki	I
278	Wycięcie kości twarzy	III
279	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
280	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
281	Wycięcie żuchwy	II
282	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
283	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
284	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
285	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
286	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
287	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
288	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
289	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
290	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
291	Całkowita rekonstrukcja kciuka	II

292	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
293	Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
294	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
295	Całkowite wycięcie kości	III
296	Wycięcie kości ektopowej	III
297	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
298	Kątowe okolostawowe rozdzielenie kości	II
299	Rozdzielenie trzonu kości	II
300	Rozdzielenie kości stopy	III
301	Drenaż kości	III
302	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
303	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
304	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
305	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
306	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
307	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	III
308	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
309	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	II
310	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	II
311	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów	II
312	Protezowanie głowy kości udowej	II
313	Protezowanie głowy kości ramiennej	II
314	Protezowanie stawu innej kości	III
315	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
316	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym wewnątrzstawowym	III
317	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
318	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
319	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
320	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
321	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	III
322	Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
323	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
324	Protezowanie ścięgna	III
325	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
326	Uwolnienie przykurczu stawu	III
327	Operacja struktur okolostawowych palucha	III
328	Terapeutyczna artroskopia stawu	III
<b>RÓŻNE</b>		
Nazwa procedury		Klasa
229	Reimplantacja kończyny górnej	II
330	Reimplantacja kończyny dolnej	II
331	Reimplantacja innego narządu	II
332	Wszczepienie protezy kończyny	I
333	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
334	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	II
335	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
336	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	II
337	Amputacja palucha	III
338	Całkowita amputacja palucha	III
339	Całkowita amputacja palca ręki lub stopy	III
340	Usunięcie zespolenia po otwartym nastawieniu złamania kości	III



## ZAŁĄCZNIK NR 4

### DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-0424

#### TABELA WAD WRODZONYCH

Lp.	Symbol ICD-10	Rodzaj Wad wrodzonych
1	Q00	bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
2	Q01	przepuklina mózgowa
3	Q02	małogłowie
4	Q03	wodogłowie wrodzone
5	Q04	inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
6	Q05	rozszczep kręgosłupa
7	Q06	inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
8	Q07	inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
9	Q10	wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
10	Q11	bezocze, małowocze i wielkowocze
11	Q12	wrodzone wady rozwojowe soczewki
12	Q13	wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
13	Q14	wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
14	Q15	inne wrodzone wady rozwojowe oka
15	Q16	wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
16	Q17	inne wrodzone wady rozwojowe ucha
17	Q18	inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
18	Q20	wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
19	Q21	wrodzone wady rozwojowe przegród serca
20	Q22	wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
21	Q23	wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
22	Q24	inne wrodzone wady rozwojowe serca
23	Q25	wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic
24	Q26	wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
25	Q27	inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
26	Q28	inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia
27	Q30	wrodzone wady rozwojowe nosa
28	Q31	wrodzone wady rozwojowe krtani
29	Q32	wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
30	Q33	wrodzone wady rozwojowe płuc
31	Q34	inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego
32	Q35	rozszczep podniebienia
33	Q36	rozszczep wargi
34	Q37	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
35	Q38	inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani
36	Q39	wrodzone wady rozwojowe przełyku
37	Q40	inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego
38	Q41	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
39	Q42	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
40	Q43	inne wrodzone wady rozwojowe jelit
41	Q44	wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
42	Q45	inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego
43	Q50	wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
44	Q51	wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
45	Q52	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
46	Q53	niezstąpienie jąder
47	Q54	spodziectwo
48	Q55	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich
49	Q56	pleć niezdeteminowana i obojnactwo rzekome
50	Q60	niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej
51	Q61	wielotorbielowość nerek
52	Q 62	wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
53	Q63	inne wrodzone wady rozwojowe nerek
54	Q64	inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
55	Q65	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego

56	Q66	wrodzone zniekształcenia stopy
57	Q67	wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
58	Q68	inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
59	Q69	palce dodatkowe
60	Q70	zrost palców
61	Q71	zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
62	Q72	zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
63	Q73	zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
64	Q74	inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y)
65	Q75	inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
66	Q76	wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej
67	Q77	dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
68	Q78	inne osteochondrodysplazje
69	Q79	wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
70	Q80	wrodzona rybia łuska
71	Q81	pęcherzowe oddzielenie naskórka
72	Q82	inne wrodzone wady rozwojowe skóry
73	Q83	wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
74	Q84	inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
75	Q85	choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy)
76	Q86	zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
77	Q87	inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
78	Q89	inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
79	Q90	zespół Downa
80	Q91	zespół Edwardsa i zespół Patau
81	Q92	inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
82	Q93	monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
83	Q95	zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
84	Q96	zespół Turnera
85	Q97	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej
86	Q98	inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
87	Q99	inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej