

**Program Ubezpieczeń Dodatkowych –
PROGRAM OCHRONNY Plus**

warta.




Informacja do **Ogólnych Warunków Programu Ubezpieczeń Dodatkowych – PROGRAM OCHRONNY Plus** zatwierdzonych Uchwałą nr 77/2016 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzonych w życie z dniem 4 kwietnia 2016 r., sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWPUDP
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 12 ust. 2 § 13 § 16 ust. 2 § 17 § 20 ust. 2 § 21 § 22 § 25 ust. 2 § 26 § 27 § 30 ust. 2 § 31 § 32 § 35 ust. 2 § 36 § 37 § 40 ust. 2 § 41 § 42 § 45 ust. 2 § 46 § 48

<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniająca do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<p>§ 12 ust. 2 § 14 § 16 ust. 2 § 18 § 21 ust. 1, 2, 4, 5 § 22 ust. 6 – 7 § 23 § 26 ust. 5 – 7 § 28 § 30 ust. 2 – 5 § 31 ust. 4 – 5 § 32 ust. 5 § 33 § 35 ust. 2 – 5 § 36 § 38 § 40 ust. 2 – 3 § 41 ust. 2 – 4 § 42 ust. 8 § 43 § 47</p>
--	--



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot

OGÓLNE WARUNKI PROGRAMU UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

PROGRAM OCHRONNY Plus

Kod: PUDP1/04/2016

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Programu Ubezpieczeń Dodatkowych – Program Ochronny Plus (zwanymi dalej „OWPUDP”) mają zastosowanie w umowie dodatkowej zawieranej jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie, zawartych na podstawie ogólnych warunków podstawowej umowy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA WSPÓLNE OGÓLNYCH WARUNKÓW PROGRAMU UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

DEFINICJE

§ 2

W niniejszych OWPUDP, wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:

- 1) **agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku, którym jest Bank Handlowy w Warszawie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
- 2) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy dodatkowej; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a gdy dnia o takiej dacie w danym miesiącu nie ma, w ostatnim dniu danego miesiąca kalendarzowego;
- 3) **polisa dodatkowa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych;
- 4) **Program Ubezpieczeń Dodatkowych (Program)** – ubezpieczenia dodatkowe określone w § 2 pkt 15);
- 5) **rocznica polisy dodatkowej** – dzień, w kolejnym roku trwania Programu Ubezpieczeń Dodatkowych, odpowiadający dacie zawarcia Programu Ubezpieczeń Dodatkowych, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- 6) **rok polisy (rok polisowy)** – roczny okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy dodatkowej;
- 7) **składka ochronna** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych;
- 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota zdefiniowana oddzielnie dla każdego ubezpieczenia dodatkowego i określona w polisie dodatkowej lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela;
- 9) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie dodatkowej;
- 10) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
- 11) **ubezpieczający** – osoba fizyczna posiadająca zawartą aktywną umowę podstawową oraz zawierającą Program Ubezpieczeń Dodatkowych. Ubezpieczający i ubezpieczony w umowie podstawowej i Programie Umów Dodatkowych muszą być tymi samymi osobami;
- 12) **ubezpieczony** – wskazana w Programie Ubezpieczeń Dodatkowych osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej i Programu Ubezpieczeń Dodatkowych. Ubezpieczający i ubezpieczony w umowie podstawowej i Programie Ubezpieczeń Dodatkowych muszą być tymi samymi osobami;
- 13) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta za pośrednictwem agenta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym na swój rachunek albo na rachunek ubezpieczonego na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia; umowa podstawowa jest aktywna jeśli nie jest w okresie wypowiedzenia;
- 14) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta za pośrednictwem agenta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, o którym mowa w pkt 11), na swój rachunek albo na rachunek ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 12), na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Programu Ubezpieczeń Dodatkowych; umowa dodatkowa jest aktywna jeśli nie jest w okresie wypowiedzenia;
- 15) **ubezpieczenia dodatkowe** – każde z poniższych ubezpieczeń:
 - a) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku,

- b) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - c) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - d) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - e) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek operacji ubezpieczonego,
 - f) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
 - g) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - h) ubezpieczenie dodatkowe WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
- 16) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w OWPUDP ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 17) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług;
- 18) **wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE I CZAS TRWANIA PROGRAMU UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

§ 3

1. Program Ubezpieczeń Dodatkowych zawierany jest na okres jednego roku.
2. Program Ubezpieczeń Dodatkowych może zostać zawarty pod warunkiem, że ubezpieczający posiada aktywną umowę podstawową zawartą z ubezpieczycielem na swój rachunek albo na rachunek ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych równocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy podstawowej lub w każdym czasie trwania umowy podstawowej z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu doręczenia wniosku do ubezpieczyciela o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych ukończyła 15 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia lub w dniu doręczenia wniosku do ubezpieczyciela o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny okres uwzględniający rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych nie ukończyła 65 roku życia.
5. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny okres uwzględniający rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych z zastrzeżeniem, że wniosek taki zostanie złożony nie wcześniej niż na 90 dni i nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy dodatkowej, od której ma być udzielana ochrona z tytułu kolejnego ubezpieczenia dodatkowego.
6. Program Ubezpieczeń Dodatkowych zostanie zawarty na kolejny roczny okres ubezpieczenia o ile ubezpieczyciel nie później niż na 30 dni a ubezpieczający nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy dodatkowej nie złoży oświadczenia o braku wyrażenia zgody na zawarcie umowy dodatkowej na kolejny roczny okres ubezpieczenia.
7. Warunkiem zawarcia Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny roczny okres ubezpieczenia uwzględniającego: rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych jest:
 - 1) aktywna umowa podstawowa, jeżeli umowa podstawowa była wcześniej zawarta;
 - 2) aktywna umowa dodatkowa, w przypadku rozszerzenia ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych;
 - 3) dostarczenie dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, jeżeli jest ona wymagana przez ubezpieczyciela, z uwzględnieniem ust. 8.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 5, wskazanych przez siebie dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Program Ubezpieczeń Dodatkowych jest zawarty a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczeń dodatkowych rozpoczyna się w dniu określonym w polisie dodatkowej, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej z uwzględnieniem zapisów § 30 ust. 2, § 35 ust. 2, § 40 ust. 2. W przypadku zawarcia Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny roczny okres ubezpieczenia uwzględniającego rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych, ochrona ta jest udzielana od rocznicy polisy dodatkowej, jednak nie wcześniej niż po opłaceniu składki ochronnej z tytułu tego ubezpieczenia dodatkowego z uwzględnieniem zapisów § 30 ust. 2, § 35 ust. 2, § 40 ust. 2.

10. Ubezpieczyciel może: zawrzeć Program Ubezpieczeń Dodatkowych, na kolejny roczny okres ubezpieczenia uwzględniający rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych albo odmówić zawarcia lub też zaproponować zawarcie na zmienionych warunkach.
11. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w zakresie jednego z następujących ubezpieczeń dodatkowych: powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub powstania trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
12. Okres ochrony ubezpieczenia w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych trwa jeden rok i ulega przedłużeniu na następny roczny okres, jeżeli ubezpieczyciel na 30 dni a ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy dodatkowej nie złoży oświadczenia o braku wyrażenia zgody na zawarcie umowy dodatkowej na kolejny roczny okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 4. Program Ubezpieczeń Dodatkowych może być zawierany na kolejne okresy roczne, ale nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy dodatkowej przypadającej po 65 urodzinach ubezpieczonego.
13. Ubezpieczający może odstąpić od Programu Ubezpieczeń Dodatkowych w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy dodatkowej.
14. Odstąpienie od umowy dodatkowej lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki ochronnej za czas udzielanej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
15. Program Ubezpieczeń Dodatkowych ulega rozwiązaniu a ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy dodatkowej przypadającą po 65 urodzinach ubezpieczonego;
 - 2) z dniem rozwiązania ostatniej aktywnej umowy podstawowej;
 - 3) z dniem zakończenia ostatniego ubezpieczenia dodatkowego funkcjonującego w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych zgodnie z zapisami ust. 12;
 - 4) z dniem zgonu ubezpieczonego;
 - 5) z upływem okresu dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 2;
 - 6) wskutek odstąpienia od umowy dodatkowej przez ubezpieczającego;
 - 7) wskutek wypowiedzenia umowy dodatkowej przez ubezpieczającego;
 - 8) wskutek złożenia przez jedną ze stron umowy dodatkowej oświadczenia o braku wyrażenia zgody na zawarcie umowy dodatkowej na kolejny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5.
16. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Program Ubezpieczeń Dodatkowych lub wypowiedzieć Program Ubezpieczeń Dodatkowych w zakresie danego ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym ubezpieczyciel otrzymał pisemne zawiadomienie ubezpieczającego o wypowiedzeniu.
17. Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA OCHRONNA

§ 4

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę ochronną z góry miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w wysokości i terminach określonych w polisie dodatkowej lub w innym dokumencie ubezpieczenia wystawionym przez ubezpieczyciela.
2. Termin płatności składki ochronnej jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki ochronnej wpłynie na rachunek bankowy ubezpieczyciela wskazany ubezpieczającemu.
3. Wysokość składki ochronnej dla każdego ubezpieczenia dodatkowego w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych zależy od: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Po zakończeniu rocznego okresu ubezpieczenia wysokość składki ochronnej dla każdego ubezpieczenia dodatkowego funkcjonującego w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych, obowiązująca w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia ustalana jest na podstawie: sumy ubezpieczenia dodatkowego, aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 7 oraz § 7 ust. 6.
5. Jeżeli w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia składka ochronna ulega zmianie zgodnie z postanowieniami ust. 4, to ubezpieczyciel na 30 dni przed rocznicą polisy dodatkowej przesyła ubezpieczającemu propozycję zawarcia na kolejny roczny okres ubezpieczenia dodatkowego wskazując w niej nową wysokość składki ochronnej obowiązującej w kolejnym roku polisowym z uwzględnieniem zapisów § 3.
6. Jeżeli ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy dodatkowej doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o braku zgody na nową wysokość składki ochronnej o której mowa w ust. 5, wówczas takie oświadczenie jest traktowane jako oświadczenie o braku wyrażenia zgody na zawarcie na kolejny okres roczny ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 12.

SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI OCHRONNEJ

§ 5

1. Składkę ochronną uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość wpłaconej składki będzie niższa niż wynikająca z Programu Ubezpieczeń Dodatkowych tj. niższa niż suma składek ochronnych należnych za wszystkie ubezpieczenia dodatkowe zawarte w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych.

2. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki ochronnej w terminie określonym w § 4 ust. 1 ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek ochronnych w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania pisma przez ubezpieczającego oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
3. Ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie od zaległych składek ochronnych, od których mowa w ust. 2.

SUMA UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 6

1. Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego dla każdego ubezpieczenia dodatkowego deklarowana jest przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Programu Umów Dodatkowych lub wniosku o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny roczny okres ubezpieczenia uwzględniającego rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego ustalana jest przez ubezpieczyciela po przeanalizowaniu wszelkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych, wniosku o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny roczny okres ubezpieczenia uwzględniającego rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych z uwzględnieniem postanowień § 3.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia dodatkowego potwierdzana jest pisemnie w polisie dodatkowej lub w innym dokumencie ubezpieczenia wystawionym przez ubezpieczyciela.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO, WYSOKOŚCI ORAZ CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ

§ 7

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zawarcie Programu Ubezpieczeń Dodatkowych na kolejny roczny okres ubezpieczenia uwzględniający rozszerzenie ochrony o kolejne ubezpieczenie dodatkowe lub podwyższenie albo obniżenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach funkcjonującego Programu Ubezpieczeń Dodatkowych. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim jest możliwa tylko w rocznicę polisy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki ochronnej. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim jest możliwa tylko w rocznicę polisy dodatkowej.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 i 2 należy złożyć najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy dodatkowej, ale nie wcześniej niż na 90 dni przed rocznicą polisy dodatkowej.
4. Zmiana częstotliwości opłacania składki ochronnej dotyczy wszystkich ubezpieczeń dodatkowych funkcjonujących w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych.
5. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego w danym ubezpieczeniu dodatkowym skutkuje zmianą wysokości składki ochronnej tylko w danym ubezpieczeniu dodatkowym. Odpowiednia zmiana jest możliwa tylko za zgodą ubezpieczyciela.
6. Zmiana wysokości składki ochronnej w danym ubezpieczeniu dodatkowym skutkuje zmianą sumy ubezpieczenia dodatkowego tylko w danym ubezpieczeniu dodatkowym. Odpowiednia zmiana jest możliwa tylko za zgodą ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel rozpatrzy zmianę, o której mowa w ust. 5 i ust. 6 pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego wszystkich należnych składek ochronnych i zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków umowy dodatkowej z zachowaniem postanowień § 3. Ubezpieczyciel może zażądać dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Zmiana warunków zostanie potwierdzona pisemnie.

INDEKSACJA

§ 8

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego o wskaźnik indeksacji.
2. W propozycji zawarcia umowy dodatkowej na kolejny roczny okres ubezpieczenia, o której mowa w § 4 ust. 5 ubezpieczyciel podaje zindeksowaną sumę ubezpieczenia dodatkowego.
3. Jeżeli składka ochronna nie ulega zmianie na podstawie zapisów § 4 ust. 4 wówczas ubezpieczyciel na 30 dni przed rocznicą polisy dodatkowej przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 2 lub 3, w terminie wskazanym w ust. 5, jest traktowana jako zgoda ubezpieczającego na indeksację sumy ubezpieczenia dodatkowego.
5. W przypadku, gdy ubezpieczający nie wyrazi zgody na indeksację sumy ubezpieczenia dodatkowego, jest on zobowiązany poinformować pisemnie ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy dodatkowej.

6. Indeksacja sumy ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wszystkie ubezpieczenia dodatkowe zawarte przez ubezpieczającego w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy dodatkowej, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy dodatkowej zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek do ubezpieczyciela o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

§10

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczonego albo zmarł przed zgonem ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili zgonu ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).
4. W przypadku wskazania ubezpieczającego jako uprawnionego do otrzymania świadczenia, ubezpieczony lub jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczeń od ubezpieczyciela w sytuacji złożenia oświadczenia przez ubezpieczającego o zrzeczeniu się uprawnienia do świadczenia od ubezpieczyciela.

ROZDZIAŁ II

UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§11

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 2) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 12

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonej w § 9 świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem, że:
 - 1) zgon nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) zgon nastąpił w ciągu 180 dni od daty wypadku;
 - 3) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego oraz był przyczyną zgonu ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 13

1. W razie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.

3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 5, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. W razie odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poinformuje uprawnionego o przysługującym trybie dochodzenia roszczeń.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 14

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnieniem samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania pojazdem,
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu,chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku;
- 6) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 11) skażenia jądowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

ROZDZIAŁ III

UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

DEFINICJE

§15

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 2) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;

- 3) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych, a osoba pilotująca posiada uprawnienia niezbędne do kierowania danym statkiem powietrznym;
- 4) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych, nie objęty jest definicją statku wodnego.
- 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 6) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję, powstały w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) **lądowym** pojazdów silnikowych, pojazdów szynowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) **wodnym** pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) **lotniczym** statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako pasażer lub członek załogi.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 16

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określone w § 9 świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w razie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem, że:
 - 1) zgon nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
 - 2) zgon nastąpił w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego;
 - 3) wypadek komunikacyjny wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego oraz był przyczyną zgonu ubezpieczonego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 17

1. W razie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 5, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. W razie odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na

- piśmie, w którym poinformuje uprawnionego o przysługującym trybie dochodzenia roszczeń.
8. Jeżeli akt zgonu lub dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są w języku innym niż polski, to uprawniony zobowiązany jest dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.
 9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 18

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnieniem samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku;
- 6) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

ROZDZIAŁ IV

UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§ 19

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku;
- 2) **komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 4) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję; wysokość stopnia uszczerbku jest nie niższa niż 7%;
- 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe na wypadek powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 20

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w razie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

ŚWIADCZENIE

§ 21

1. Z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości jednego procentu aktualnej na dzień zajścia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku sumy ubezpieczenia dodatkowego za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego o ile ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku jednego wypadku wynosi co najmniej 7% z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela stanowiącą załącznik do OWPUDP.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. W sytuacji określonej w ust. 4 świadczenie jest wypłacane w przypadku, gdy aktualnie orzeczony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pomniejszony o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem, wynosi co najmniej 7%.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 22

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 4, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
7. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku w wyniku wypadku.
8. Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są w języku innym niż polski to, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem na język polski przez tłumacza przysięgłego.

9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 23

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajęcie wypadku;
- 6) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

ROZDZIAŁ V

UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU POWSTANIA TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

DEFINICJE

§ 24

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie wysokości trwałego inwalidztwa na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 2) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **trwale inwalidztwo** – trwale całkowite lub trwale częściowe inwalidztwo;
- 4) **trwale całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, trwale zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony zdaniem komisji lekarskiej jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy;
- 5) **trwale częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 26 ust. 2;
- 6) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe na wypadek trwałego inwalidztwa ubezpieczonego wyniku wypadku;
- 7) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie trwałego inwalidztwa ubezpieczonego wskutek wypadku w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowej w okresie nie późniejszym niż 12 miesięcy od dnia wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 25

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w razie wystąpienia trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku pod warunkiem spełnienia definicji, o której mowa w § 24 pkt 4) lub 5).

ŚWIADCZENIE

§ 26

1. Z tytułu wystąpienia trwałego inwalidztwa ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego ustalonej w polisie dodatkowej - w przypadku powstania trwałego całkowitego inwalidztwa;
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu - w przypadku powstania Trwałego częściowego inwalidztwa.
2. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego częściowego inwalidztwa.

Lp.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		Prawe	Lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	całkowita utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
6.	utrata palucha	5	
7.	utrata palca innego niż paluch	2	
Głowa:			
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	

3. Użyte w ust. 2 poszczególne terminy oznaczają:
 - 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
 - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
 - 3) dłoń – palce i śródreżce;
 - 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
 - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
 - 6) utrata – fizyczna utrata narządu lub trwała utrata władzy nad narządem.
4. W przypadku osób leworęcznych procentowe określone w ust. 2 ulegają odwróceniu.
5. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień trwałego częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

6. Z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego za jeden wypadek.
7. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku, gdy procent ustalonego trwałego inwalidztwa przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 27

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia wraz z kompletem dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 4, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa ustalane jest po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym inwalidztwem - na podstawie dostarczonych dowodów oraz badań lekarskich.
7. Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są w języku innym niż polski to, ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 28

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku;
- 6) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku

schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;

- 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

ROZDZIAŁ VI UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU OPERACJI UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§ 29

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data przeprowadzenia operacji;
- 2) **Katalog operacji** – „Katalog Operacji WARTA” stanowiący załącznik do OWPUDP;
- 3) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek;
- 4) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny pozostający w związku przyczynowym z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu;
- 5) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
- 6) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca podstawę do ustalania wysokości wypłacanego świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 7) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 8) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe na wypadek operacji ubezpieczonego;
- 9) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 30

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w razie przeprowadzenia operacji ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego z tym zastrzeżeniem, że operacja wykonana z przyczyn innych niż wypadek została przeprowadzona po upływie 90 dni licząc od rozpoczęcia ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego z uwzględnieniem zapisów ust. 3 - 7.
3. W przypadku przeprowadzenia operacji w wyniku wypadku świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wypadek i operacja wystąpiły w okresie udzielania ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
4. Świadczenie nie jest wypłacane jeżeli w trakcie operacji wystąpił zgon ubezpieczonego.
5. W przypadku zawarcia kolejnej umowy dodatkowej z sumą ubezpieczenia dodatkowego wyższą niż w poprzedniej umowie dodatkowej na zasadach opisanych w § 7 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku operacji z innych przyczyn niż wypadek rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy dodatkowej, od której podwyższana jest suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego dla operacji z przyczyn innych niż wypadek, natomiast dla operacji będących wynikiem wypadku obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
6. W przypadku zawarcia kolejnej umowy dodatkowej, bez zmiany wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego 90 dni, o których mowa w ust. 2 nie mają zastosowania.
7. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.

ŚWIADCZENIE

§ 31

- Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznanych obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, ubezpieczony podlega pobyutowi w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 30.
- Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie Katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
- Za operacje wymienione w Katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - poziom 1 – 10% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
 - poziom 2 – 25% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
 - poziom 3 – 50% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
 - poziom 4 – 75% sumy ubezpieczenia dodatkowego;
 - poziom 5 – 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
- Jeżeli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji, to zostanie wypłacone jedno świadczenie wg. stawki za najcięższa z wykonanych operacji, z zastrzeżeniem § 33 ust. 2.
- W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej Katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w Katalogu operacji.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 32

- Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
- Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 3, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
- Świadczenie z tytułu operacji będącej skutkiem wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a operacją ubezpieczonego.
- Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są w języku innym niż polski to ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 33

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w wyniku:
 - rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków;
 - operacji stomatologicznych, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków;
 - ciąży, porodu, powikłań ciąży, poronienia samoistnego lub sztucznego, cesarskiego cięcia;
 - w związku z wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - chorób, uszkodzeń ciała stwierdzonych lub leczonych przed datą początku ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
 - zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku

schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;

- 8) stanów chorobowych lub skutków wypadków wywołanych lub pozostających w związku usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego;
 - 9) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 10) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 11) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 12) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
 - 13) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
 - 14) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów;
 - 15) chorób związanych z infekcją wirusem HIV;
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - 17) operacji przeprowadzanych w celach diagnostycznych, jak również drobnych zabiegów chirurgicznych nie wymagających hospitalizacji (pobytu w szpitalu);
 - 18) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

ROZDZIAŁ VII UBEZPIECZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

DEFINICJE

§ 34

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli;
- 2) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, przypadający w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- 3) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OJOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT - oddział intensywnej terapii);
- 4) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji w wyniku wypadku okres odpowiadający liczbie dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu, za który ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, pod warunkiem że pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku trwał nie dłużej niż 10 dni;
- 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowej nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 7) **ubezpieczenie dodatkowe** – ubezpieczenie dodatkowe na wypadek pobytu ubezpieczonego w szpitalu (hospitalizacji);
- 8) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEJ

§ 35

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w okresie udzielania ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego z tym zastrzeżeniem, że odpowiedzialność z tytułu pobytu

w szpitalu w wyniku choroby obejmuje hospitalizacje rozpoczynające się po upływie 90 dni od daty początku ochrony ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem zapisów ust. 3 - 5 oraz § 36.

3. Świadczenie nie jest wypłacane jeżeli podczas pobytu w szpitalu wystąpił zgon ubezpieczonego.
4. W przypadku zawarcia kolejnej umowy dodatkowej z sumą ubezpieczenia dodatkowego wyższą niż w poprzedniej umowie dodatkowej na zasadach opisanych w § 3 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku hospitalizacji w wyniku choroby rozpoczyna po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy dodatkowej, od której obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego (hospitalizacje rozpoczynające się po okresie 90 dni). W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego dla hospitalizacji w wyniku chorób rozpoczynających się w okresie tych 90 dni, natomiast dla hospitalizacji będących wynikiem wypadku wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego obowiązuje od rocznicy polisy dodatkowej.
5. W przypadku zawarcia kolejnej umowy dodatkowej bez podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego termin 90 dni, wskazany w ust. 2 nie ma zastosowania.

ŚWIADCZENIE

§ 36

1. Świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu (dienne świadczenie szpitalne) w wyniku wypadku przysługuje pod warunkiem, że wypadek oraz pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony a zakończył się po zakończeniu ochrony wówczas dienne świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający w czasie udzielania ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
2. Świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu (dienne świadczenie szpitalne) w wyniku choroby przysługuje pod warunkiem, że choroba oraz pobyt w szpitalu wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni. Jeżeli pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony, a zakończył się po zakończeniu ochrony wówczas dienne świadczenie przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający w czasie udzielania ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4 wysokość dziennego świadczenia szpitalnego określona jest w kwocie wskazanej w polisie lub innym dokumencie wystawionym przez ubezpieczyciela.
4. Począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% stawki wskazanej w ust. 3.
5. Jeżeli ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku nie dłużej niż 10 dni, ubezpieczyciel poza dziennym świadczeniem szpitalnym wypłaci również świadczenie za okres rehabilitacji (dienne świadczenie rehabilitacyjne).
6. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku w danym roku polisowym, dienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres rehabilitacji następujący po pierwszym pobycie w szpitalu, przypadającym w tym roku polisowym.
7. Wysokość dziennego świadczenia rehabilitacyjnego wskazana jest w polisie lub innym dokumencie wystawionym przez ubezpieczyciela.
8. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM i pobyt ten trwał co najmniej 5 dni. Za ten okres nie jest wypłacane świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu wyniku choroby lub wypadku.
9. Z zastrzeżeniem ust. 10 i ust. 11 wysokość dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt ubezpieczonego na OIOM określona jest w kwocie wskazanej w polisie lub innym dokumencie wystawionym przez ubezpieczyciela.
10. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwał krócej niż 5 dni i ubezpieczony został przeniesiony na inny oddział szpitalny, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje dienne świadczenie szpitalne w zależności od przyczyny pobytu w szpitalu.
11. Jeżeli pobyt ubezpieczonego na OIOM trwa dłużej niż 5 dni, wówczas za każdy dzień pobytu na OIOM począwszy od 6 dnia jest wypłacane świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu w wyniku choroby lub wypadku według odpowiedniej stawki uzależnionej od przyczyny pobytu w szpitalu.
12. Łączna kwota świadczenia w tytułu ubezpieczenia dodatkowego w ciągu roku polisowego wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 37

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są

potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 3, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Świadczenie z tytułu hospitalizacji będącej skutkiem wypadku ustalone jest przez ubezpieczyciela, na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a hospitalizacją ubezpieczonego.
6. Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są w języku innym niż polski to ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem na język polski przez tłumacza przysięgłego.
7. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 38

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w wyniku:

- 1) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 2) operacji plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku;
- 3) ciąży, porodu, powikłań ciąży, poronienia samoistnego lub sztucznego;
- 4) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
- 5) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) stanów chorobowych lub skutków wypadków wywołanych lub pozostających w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego;
- 7) chorób, uszkodzeń ciała stwierdzonych lub leczonych przed datą początku odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 8) w związku z procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych;
- 9) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 10) działań wojennych, stanu wojennego;
- 11) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 12) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 13) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda qudami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 14) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego:
 - a) bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania pojazdem, lub
 - b) bez wymaganych przez przepisy prawa badań technicznych danego pojazdu, chyba, że okoliczności wskazane w lit. a)-b) nie miały wpływu na zajście wypadku;
- 15) chorób związanych z infekcją wirusem HIV;
- 16) pozostawania ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
- 17) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

ROZDZIAŁ VIII UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

DEFINICJE

§ 39

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 2) **poważne zachorowanie** – poważne zachorowanie wymienione w Rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań, pod warunkiem że śmierć ubezpieczonego będąca następstwem poważnego zachorowania nie nastąpi w terminie 30 dni od dnia zajścia tego zdarzenia;
- 3) **Rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący Załącznik do OWPUDP;
- 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie dodatkowej lub innym dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca podstawę do ustalania wysokości wypłacanego świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **ubezpieczenie dodatkowe** – umowa dodatkowa na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- 6) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 40

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w razie wystąpienia po upływie 90 dni od dnia początku ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego poważnego zachorowania u ubezpieczonego z uwzględnieniem zapisów ust. 3 - 4. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poważnych zachorowań określonych w § 8 - § 13 Rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań: paraliż, utrata kończyn, ślepotą, głuchota, utrata mowy, oparzenia, powstałych w wyniku wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego na zasadach opisanych w § 7 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego dla wyższej sumy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie 90 dni licząc od rocznicy polisy dodatkowej, od której obowiązuje wyższa suma ubezpieczenia dodatkowego. W okresie 90 dni, o których mowa w zdaniu poprzednim, obowiązuje niższa suma ubezpieczenia dodatkowego.
4. W przypadku zawarcia ubezpieczenia dodatkowego na kolejny roczny okres ubezpieczenia bez podwyższenia sumy ubezpieczenia dodatkowego 90 dni, o których mowa w ust. 3, nie mają zastosowania.
5. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to przeprowadzenie zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

ŚWIADCZENIE

§ 41

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równe jest sumie ubezpieczenia dodatkowego, z tym że łączna wypłata z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie może przekroczyć kwoty ustalonej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 oraz ust. 3.
2. Jeżeli w okresie 6 miesięcy licząc od daty wystąpienia poważnego zachorowania powodującego wypłatę świadczenia nastąpi kolejne poważne zachorowanie to ubezpieczyciel w ww. okresie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia kolejnego poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
4. W czasie trwania umowy dodatkowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 42

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do Ubezpieczyciela, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez

- Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
 3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
 4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
 5. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 4, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 4.
 6. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem wypadku ustalone jest przez ubezpieczyciela, na podstawie dostarczonej dokumentacji, po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a poważnym zachorowaniem.
 7. Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia świadczenia są w języku innym niż polski to ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć te dokumenty w oryginale wraz z ich tłumaczeniem na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 8. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 43

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) zakażenia wirusem HIV z wyłączeniem poważnego zachorowania Zakażenie Wirusem HIV/ Nabyty Zespół Niedoboru odporności (w trakcie transfuzji krwi);
- 6) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 7) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), parolotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sportymotorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 9) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 10) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

ROZDZIAŁ IX UBEZPIECZENIE DODATKOWE WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

DEFINICJE

§ 44

Terminom użytym w niniejszym Rozdziale nadaje się znaczenie:

- 1) **Centrum Operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się na polisie dodatkowej;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej, oraz jej komplikacje;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19) nie ukończyło 18 roku życia;
- 5) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący ani członkiem rodziny ubezpieczonego ani lekarzem uprawnionym;
- 6) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 7) **małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 19), pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 8) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
- 9) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 10) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 46 ust. 4 pkt 1);
- 11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkała w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 12) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
- 13) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie kontaktu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego z Centrum Operacyjnym lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela;
- 15) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wálki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wódek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
- 16) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszej umowie dodatkowej;
- 17) **ubezpieczenie dodatkowe WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY**;
- 18) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, które jest wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowej polegające na:
 - a) wystąpieniu u ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 9),
 - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku zdefiniowanego w pkt 18).

W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 46 ust. 1 pkt 5) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt a) do f).

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 45

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Z tytułu ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 46.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w:
 - 1) § 46 ust. 2 pkt 1) – 6) i 12) – 14) Tabeli 1 jest ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego,
 - 2) § 46 ust. 2 pkt 9) – 11) Tabeli 1 jest ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego,
 - 3) § 46 ust. 2 pkt 7) – 8) Tabeli 1 jest dziecko ubezpieczonego.

ŚWIADCZENIE

§ 46

1. Zakres w ramach ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1) – 5) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 44 pkt 19) ppkt a) i b);
 - 2) świadczenia wymienione w pkt 7) – 8) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 44 pkt 19) ppkt a) i b);
 - 3) świadczenia wymienione w pkt 9) – 11) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu lub małżonkowi ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 44 pkt 19) ppkt a) i b);
 - 4) świadczenia wymienione w pkt 6) Tabeli 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 44 pkt 19) ppkt b);
 - 5) świadczenie wymienione w pkt 12) Tabeli 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego;
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego;
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego;
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego;
 - e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego;
 - f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego;
 - 6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13) Tabeli 1;
 - 7) baby assistance – pkt 14) Tabeli 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach "WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY"

Lp.	Zakres świadczeń
1	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej z miejsca pobytu/z placówki medycznej do innej placówki medycznej/z placówki medycznej do miejsca pobytu
2	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków
3	Organizacja i pokrycie kosztów organizacji procesu rehabilitacyjnego
4	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawy
5	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej lub pielęgniarskiej po hospitalizacji
6	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej lub pielęgniarskiej
7	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pediatry
8	Pokrycie kosztu organizacji prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania

9	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna dziecka ubezpieczonego w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym
10	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi
11	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu dzieci ubezpieczonego/osób niesamodzielnych do osoby uprawnionej do opieki
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13	Zdrowotne usługi informacyjne
14	Baby assistance

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 1) – 6), 12) – 14) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) **transport medyczny**

a) **transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, transportu medycznego z miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,

b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,

c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, przebywali w placówce medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

Wymienione powyżej usługi świadczone są maksymalnie 5 razy w roku polisowym, do łącznej kwoty 1 000 zł na jeden transport medyczny.

2) **dostawa leków** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia i zażywania leków przepisanych przez lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 250 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

3) **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

4) **wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawa** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, ubezpieczyciel:

a) zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,

b) zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 700 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

5) **opieka domowa i pielęgnarska po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż:

- a) 7 dni oraz ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) 5 dni oraz została stwierdzona przez lekarza prowadzącego leczenie, medycznie uzasadniona konieczność pomocy pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji przez okres maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 6) **wizyta lekarska lub pielęgniarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 43 pkt 19) ppkt b), ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego wymagają:
- a) wizyty lekarza, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) wizyty pielęgniarki, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 7) **pomoc psychologa** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego znajdują się w trudnej sytuacji losowej, o której mowa w ust. 1 pkt 5) ppkt a) – f), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
Limity kosztów określonych w pkt 1) – 7) odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego.
4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 9) – 11) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu lub małżonkowi ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
- 1) **pobyt opiekuna dziecka ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym** – jeżeli dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego jest hospitalizowane, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszt pobytu jednego z opiekunów dziecka ubezpieczonego w szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych albo hotelu przyszpitalnym, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) **opieka nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:
 - a) **przewozu dzieci ubezpieczonego/osób niesamodzielnymi** w towarzystwie opiekuna do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
W przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki pod wskazanym przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w ppkt a), ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty:
 - b) **opieki nad dziećmi ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi** w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 dni, w limicie 150 zł za dzień w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub inne właściwe instytucje.
Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 2) wyłącznie na wniosek ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi.
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 7) - 8) Tabeli 1 ubezpieczyciel gwarantuje dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
- 1) **organizacja prywatnych lekcji** – jeżeli dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, będzie przebywało w miejscu zamieszkania przez okres dłuższy niż 7 dni,

ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania do łącznej kwoty 400 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 2) **wizyta pediatry** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko ubezpieczonego wymaga wizyty lekarza pediatry, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza pediatry w placówce medycznej lub koszty dojazdów i honorariów wizyty lekarza pediatry w miejscu pobytu dziecka ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna, według wiedzy dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego, do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Wizyta pediatry na skutek nagłego zachorowania przysługuje maksymalnie 2 razy w roku polisowym.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w umowie dodatkowej, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 6) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub wypadku,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży itp.,
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) udzielenie informacji medycznych, w tym informacji o tym, jak należy przygotowywać się do zabiegów lub badań medycznych,
 - 6) udzielenie informacji o dietach, zdrowym żywieniu,
 - 7) udzielenie informacji o domach pomocy społecznej, hospicjum,
 - 8) udzielenie informacji o aptekach czynnych przez całą dobę,
 - 9) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 7) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego dostęp do informacji o:
 - 1) objawach ciąży,
 - 2) badaniach prenatalnych,
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
 - 4) szkołach rodzenia,
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka,
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 47

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na świadczenia assistance medycznego, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 47 ust. 6;
 - 4) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) zdarzeń zaistniałych oraz chorób stwierdzonych lub leczonych przed datą zawarcia umowy dodatkowej,
 - b) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej skuteczności,
 - c) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - d) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
 - e) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych,
 - f) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - g) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,

- skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,
 - h) zatrucia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub działania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - i) rozpoznanych chorób psychicznych,
 - j) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
 - k) popełnienia przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania, wykroczenia lub jego usiłowania lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych,
 - l) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - m) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - n) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - o) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - p) chorób związanych z infekcją wirusem HIV, AIDS lub chorób przekazanych drogą płciową,
 - q) chorób przewlekłych,
 - r) nieprzestrzegania zaleceń uprawnionego lekarza,
 - s) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji w celu zranienia lub zniszczenia życia ludzkiego i wywołania powszechnego strachu,
 - t) zadośćuczynienia za doznaną krzywdę
 - u) odszkodowania za utracone korzyści.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

§ 48

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z Centrum Operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy dodatkowej,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie Centrum Operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek Centrum Operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur i rachunków, dowody zapłaty.
5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych, ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia, o ile niewypełnienie tych obowiązków uniemożliwia realizację świadczeń assistance medycznego.
6. W przypadku gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z Centrum Operacyjnym

- i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 46 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 46 ust. 5 pkt 2), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 46 ust. 3 pkt 1) i 6) oraz § 46 ust. 5 pkt 2), przy czym ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów do takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 44 pkt 19).
 8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

ROZDZIAŁ IX POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 49

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z Programem Ubezpieczeń Dodatkowych, powinny być składane na piśmie.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych przez ubezpieczającego albo ubezpieczyciela, jeżeli ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej).
3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją Programu Ubezpieczeń Dodatkowych.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia oświadczenia lub wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia oświadczenia lub wniosku do ubezpieczyciela lub agenta.
6. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:
 - 1) w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
 - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje;
 - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
 - 4) w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A., na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.
 - 5) u Agentów w formie:
 - a) pisemnej – złożonej osobiście w Oddziale Banku w godzinach pracy Oddziału, albo przesłanej na adres: Citi Handlowy, Departament Obsługi Reklamacji i Zapytań Klientów, ul. Goleszowska 6, 01-249 Warszawa,
 - b) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w Oddziale Banku,
 - c) w formie elektronicznej – na adres poczty elektronicznej Banku, przez Citibank Online po zalogowaniu w zakładce „Kontakt z bankiem” oraz na stronie www.citibank.pl, korzystając z formularza reklamacyjnego.Aktualne dane kontaktowe umożliwiające złożenie reklamacji są dostępne na stronie internetowej Banku (www.citibank.pl).
7. TUnŻ „WARTA” S.A. potwierdza wpływ skargi, zażalenia, reklamacji na piśmie lub ustnie w rozmowie telefonicznej. TUnŻ „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA” S.A. do sądu, o którym mowa w § 50 ust. 4, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego.
10. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl.
11. TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

12. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 50


1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do Programu Ubezpieczeń Dodatkowych postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWPUDP. Wszelkie zmiany umowy dodatkowej wymagają formy pisemnej.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu Programu Ubezpieczeń Dodatkowych wyrażone w walucie polskiej będą przeliczone na podstawie średniego kursu wymiany walut ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski
3. Roszczenia z tytułu Programu Ubezpieczeń Dodatkowych ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWPUDP mają zastosowanie odpowiednie przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Dla Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWPUDP właściwym jest prawo polskie.
7. Ubezpieczenie Dodatkowe w ramach Programu Ubezpieczeń Dodatkowych ma charakter dobrowolny.
8. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2012.361 jt. z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. 2014.851 jt. z późn. zm). Świadczenie przypadające uprawnionemu wypłacane przez ubezpieczyciela nie należy do spadku po ubezpieczonym na podstawie art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U.2014.121 jt.z późn.zm.), w związku z tym nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn.
9. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ WARTA S.A. jest strona internetowa www.warta.pl. Pierwsze ujawnienie sprawozdania nastąpi 20 tygodni po zakończeniu roku obrotowego przypadającego na dzień 31.12.2016 r.

§ 51

Niniejsze OWPUDP zostały zatwierdzone Uchwałą nr 77/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzone w życie z dniem 4 kwietnia 2016 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) ślepotą,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV / Nabyty zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 17) operacja aorty,
- 18) operacja zastawek serca,
- 19) stwardnienie rozsiane,
- 20) choroba Alzheimera,
- 21) przezskórna angioplastyka wieńcowa,
- 22) bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
- 23) kardiomiopatia,
- 24) zapalenie mózgu,
- 25) schyłkowa niewydolność wątroby,
- 26) schyłkowa niewydolność oddechowa,
- 27) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby),
- 28) choroba Parkinsona.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez wystąpienie wszystkich poniższych warunków:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym

deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ (BY-PASS)

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie miąższu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą, nieodwracalną trwającą co najmniej 3 miesiące, utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu wypadku lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu.

Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie cztero kończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

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

ŚLEPOTA

§ 10

Za ślepotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 11

Za głuchotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§ 12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub wypadku przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 13

Za oparzenia uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za łagodny guz mózgu uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny.

Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA

§ 16

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

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV / NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI

(w trakcie transfuzji krwi)

§ 17

Za zakażenie Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) uważa się zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzenie diagnozy Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie będące następstwem uzasadnionej medycznie transfuzji krwi, przeprowadzonej po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi), potwierdzone w dostępnej dokumentacji medycznej,
- 2) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

OPERACJA AORTY

§ 18

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

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§ 19

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

STWARDNIENIE ROZSIANE

§ 20

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

CHOROBA ALZHEIMERA

§ 21

Za chorobę Alzheimerera uważa się pogorszenie się lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimerera i demencji.

Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.

PRZEZSKÓRNA ANGIOPLASTYKA WIĘNCOWA

§ 22

Za przezskórną angioplastykę wieńcową uważa się przeprowadzenie przy użyciu cewnika balonowego zabiegu przezskórnego poszerzenia zwężzeń lub niedrożności dwóch (2) lub więcej tętnic wieńcowych przeprowadzonego z powodu dolegliwości dławicowych. Roszczenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwóch (2) lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną potwierdzającą rzeczywiste przebycie zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch (2) tętnic wieńcowych.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH

§ 23

Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych uważa się bakteryjne zakażenie opon mózgowo-rdzeniowych potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie typowych wyników badań dodatkowych: płynu mózgowo-rdzeniowego, krwi, tomografii komputerowej, NMR. Choroba musi skutkować trwałą niemożnością samodzielnego wykonywania 3 lub więcej czynności opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego.

Czynności dnia codziennego:

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

Stan taki musi trwać co najmniej 3 miesiące.

KARDIOMIOPATIA

§ 24

Za kardiomiopatię uważa się jednoznaczne rozpoznanie kardiomiopatii, które musi być potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane przez właściwe badania dodatkowe (np. echokardiograficzne). Kardiomiopatia musi prowadzić do zaburzeń funkcji komór serca skutkujących niewydolnością krążenia w przynajmniej III stopniu zaawansowania wg NYHA. Stan taki musi trwać przez co najmniej 3 miesiące co wymaga potwierdzenia stosowną dokumentacją medyczną.

ZAPALENIE MÓZGU

§ 25

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

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 26

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

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

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych wskutek nadużywania alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

§ 27

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

- a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV_{1-}) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,

- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,
- d) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

PIORUNUJĄCE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY (OSTRA NIWYDOLNOŚĆ WĄTROBY)

§ 28

Za piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby) uważa się gwałtownie rozwijającą się masywną martwicę komórek wątrobowych wywołaną zapaleniem wątroby prowadzącą bezpośrednio do niewydolności wątroby.

Rozpoznanie musi być ustalone w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- a) szybkie zmniejszanie się wątroby,
- b) szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej,
- c) nasilająca się żółtaczka,
- d) encefalopatia wątrobowa.

CHOROBA PARKINSONA

§ 29

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

Czynności dnia codziennego:

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

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

§ 30

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 77/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzony w życie z dniem 4 kwietnia 2016 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot

Katalog Operacji WARTA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)
- c) usunięcie zmiany skóry, tkanki podskórnej (1)
- d) usunięcie zmian w obrębie sutka (2)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) operacje żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (3)
 - całkowita resekcja żołądka (4)
 - operacja wrzodu żołądka, dwunastnicy (3)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 11c)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (2)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

- a) amputacja palców (1)
- b) amputacja ręki, przedramienia, stopy (3)
- c) amputacja podudzia, ramienia, uda (4)
- d) całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (2)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - operacje zatok (2)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (1)

6. OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ I KRTANII

- a) operacja migdałków podniebiennych (1)
- b) operacje ślinianek (2)
- c) usunięcie zmiany w obrębie krtani (1)

7. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

- a) operacje czaszki
 - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
 - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)
- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
- d) operacje kończyn (3)

8. OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, WIĘZADEŁ (2)

9. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- a) operacje nerki (4)
- b) operacje dróg moczowych (3)
- c) operacje prostaty (3)
- d) operacje ginekologiczne
 - jajnika i jajowodu (2)
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
 - wycięcie macicy (3)
 - usunięcie zmian w obrębie macicy (2)
- e) operacje męskich narządów płciowych (2)

10. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

- a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
- b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)

11. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył (2)
- c) żylaki odbytu (1)

12. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (5)
- b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
- c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
- d) wycięcie tętniaka serca (5)
- e) zabieg udroźnienia tętnic wieńcowych – PTCA (2)

13. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (2)

14. OPERACJE TARCZYCY (4)

15. PRZESZCZEPY

- a) przeszczep serca (5)
- b) przeszczep wątroby (5)
- c) przeszczep nerki (5)
- d) przeszczep innych narządów (4)

16. OPERACJE Z ZASTOSOWANIEM TECHNIK LASEROWYCH (1)

* w nawiasach podano skalę operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog Operacji WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 77/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzony w życie z dniem 4 kwietnia 2016 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot

TABELA NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu

A. USZKODZENIA GŁOWY

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

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

prawej	70-90
lewej.....	60-80
 - f) niedowład kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej

0-1 ° wg skali Lovette'a:

- | | |
|--------------|-------|
| prawej | 70-90 |
| lewej..... | 60-80 |
- g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:

prawej	40-50
lewej.....	30-40
 - h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:

prawej	30-40
lewej.....	20-30
 - i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:

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

UWAGA!!

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

SKALA LOVETTE'A

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
- 1°-2° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej
6. Zespoły pozapiramidowe:
 - a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
 - b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
 - c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:
 - a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
 - b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
 - c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu 10-40
 - d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową 1-10

8. Padaczka:
- z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
 - padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy 30-70
 - padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady tygodniowo i więcej)..... 40-60
 - padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc).. 10-40
 - padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności..... 1-10
- UWAGA!!**
Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, typowe zmiany EEG, dokumentacja z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
- ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące konieczność opieki innych osób (zmiany otępienne, psychozy, zaburzenia zachowania) 80-100
 - encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym 50-70
 - encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu..... 30-50
 - encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o niewielkim nasileniu 10-30
- UWAGA!!**
Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).
10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
 - utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją.. 100
 - afazja całkowita motoryczna 60
 - afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
 - afazja nieznacznej stopnia 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrz wydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- znacznie upośledzające sprawność stroju 40-60
 - nieznacznie upośledzające
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- nerwu okoruchowego:
 - w zakresie mięśni wewnętrznych oka
 - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
 - w zakresie mięśni zewnętrznych oka
 - w zależności od stopnia uszkodzenia ... 10-30
 - nerwu boczowego 3
 - nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)..... 1-10
 - ruchowe 1-10
 - czuciowo-ruchowe 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
 - obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
 - izolowane uszkodzenie centralne 5-10
- UWAGA!!**
Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 5 i 9.
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:
- niewielkiego stopnia..... 5-10
 - średniego stopnia 10-25
 - dużego stopnia 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-20
- B. USZKODZENIA TWARZY**
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- oszczędzenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
 - oszczędzenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
 - oszczędzenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
 - uszkodzenie nosa z zaburzeniami

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

UWAGA!!

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

21. Utrata zębów:
- a) siekacze i kły - utrata częściowa..... 2
- b) siekacze i kły - utrata całkowita 3
- c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
- d) pozostałe zęby - utrata całkowita..... 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
- a) nieznacznego stopnia 1-5
- b) średniego stopnia 5-10
- c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
- a) szczęka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
- b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
- a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
- b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsionka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
- a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania..... 1-5
- b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
- c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
- d) całkowita utrata języka..... 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obu oczu:
- a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:

Tabela ostrości wzroku

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

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

UWAGA!!

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

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

31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg Tabeli:
Tabela pola widzenia

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

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu

oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22.

Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

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

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

UWAGA!!

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

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

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

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

UWAGA!!

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

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
- a) utrata części małżowiny 1-5
 - b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
 - c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
 - d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b) wg Tabeli 41a (41b)
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
- a) jednostronne 5-10
 - b) obustronne 10-15
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
- a) jednostronne 5-15
 - b) obustronne 10-20

46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
- bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
 - z upośledzeniem słuchu wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
- z uszkodzeniem części słuchowej wg Tabeli 41a (41b)
 - z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
 - z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
 - z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
- jednostronne 10-30
 - dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- niewielka okresowa duszność, chrypka 5-10
 - świsł krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30
51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:
- z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
 - z bezgłosem 60
52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:
- bez niewydolności oddechowej 1-10
 - duszność wysiłkowa 10-20
 - duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
 - duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
- zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
 - częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
 - możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
 - całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
- niewielkiego stopnia 1-5
 - średniego stopnia 5-15

- znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

UWAGA!!

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

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

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

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57

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

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

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane
przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc
- w zależności od stopnia niewydolności
oddechowej.....40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

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

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

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

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

- a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości.....5-10
- b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20
- c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości.....20-40
- d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości40-60
- e) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości.....60-90

UWAGA!!

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

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

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

KLASA II

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

KLASA III

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

KLASA IV

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

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

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70

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

71. Uszkodzenie śledziony:
- a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
 - c) utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi 15
 - d) utrata śledziony ze zmianami w obrazie krwi i/lub ze zrostami otrzewnowymi 30

72. Uszkodzenia wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i trzustki - w zależności od zaburzeń funkcji i od powikłań:
- utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji..... 1-5
 - pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu 10-20
 - z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

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

86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
- blizny, ubytki, deformacje..... 1-10
 - wypadanie pochwy 10
 - wypadanie pochwy i macicy 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
- skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowna poniżej 12° - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
 - ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 5-15
 - złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 15-40

- d) całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy..... 50

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy należy oceniać wyłącznie wg pkt. 95d i 95e.

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

UWAGA!!

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

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

h) guziczne.....2-5

UWAGA !!

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

K. USZKODZENIA MIEDNICY

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

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

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

- i z zaburzeniem funkcji 3-10
- d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁOPATKA

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

UWAGA!!

Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

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

UWAGA!!

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

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o: 1-5
105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń

złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa			b) duże zmiany - ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem.... 15-30	Prawa	Lewa	10-25
a) miernego stopnia 1-10		1-5	c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych wynikających z techniki operacyjnej) i zmianami neurologicznymi..... 30-55			25-50
b) średniego stopnia 10-20		5-15	115. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien i ich przyczepów, nerwów ramienia, naczyń - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: Prawa Lewa			
c) dużego stopnia 20-30		15-25	a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi..... 1-5			1-5
106. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: 20-30	Prawa	Lewa	b) zmiany średnie..... 5-10			5-10
107. Nawrotowe zwichnięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją lekarską: Prawa Lewa			c) zmiany duże..... 30-55			25-50
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości 5-25		5-20				
b) nie leczone operacyjnie 25		20				

UWAGA!!

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

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

UWAGA!!

Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

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

RAMIĘ

114. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczenia ruchów w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym: Prawa Lewa			
a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 3-15		2-10	

UWAGA!!

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

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

ŁOKIEĆ

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

UWAGA!!

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

121. Cepowy staw łokciowy - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:	Prawa 15-30	Lewa 10-25	wtórnych: a) średniego stopnia	Prawa 10-25	Lewa 10-20
122. Utrata kończyny górnej na poziomie stawu łokciowego:	Prawa 65	Lewa 60	b) dużego stopnia	Prawa 25-40	Lewa 20-35

**UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW
DOTYCZĄCYCH STAWU ŁOKCIOWEGO**

**Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego - 0°,
pełne zgięcie - 140°, supinacja i pronacja - 0°-80°.**

PRZEDRAMIĘ

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

UWAGA!!

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

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) zmiany średniego stopnia	10-20	10-15
b) zmiany dużego stopnia	20-35	15-30
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian		

128. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaną techniką operacyjną), ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 123-127, zwiększając stopień uszczerbku w zależności	Prawa	Lewa
od stopnia powikłań o:	1-15	1-10
129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	Prawa	Lewa
55-65	50-60	
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego:	Prawa	Lewa
55	50	

NADGARSTEK

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

ŚRÓDRĘCZE

135. Uszkodzenie śródrezcza, złamania kości II-V, uszkodzenie części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) - w zależności od blizn, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	Prawa	Lewa
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) średnie zmiany	5-10	4-8
c) rozległe zmiany	10-20	8-18

KCIUK

136. Utrata kciuka - w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych		
---	--	--

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

UWAGA!!

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

PALEC WSKAZUJĄCY

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

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

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

UWAGA!!

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

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

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW

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

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

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

UWAGA!!

Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

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

UDO

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

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

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

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statycznie - dynamicznych kończyny i innych zmian:
- a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprostów do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna..... 1-10
 - b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostów do kąta w zakresie 15°-5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny 10-25
 - c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0° do 40° i/lub deficyt wyprostów do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny 25-40
 - d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 30
 - e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, więzadła, łąkotki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statycznie - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkotek, stan po leczeniu operacyjnym łąkotek z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
 - b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10
 - c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotek, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 10-25
 - d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności

- od wydolności stawu:
- a) niewielkie zmiany 1-5
 - b) średnie zmiany 5-10
 - c) duże zmiany 10-20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego: 65

UWAGA!!

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

PODUDZIE

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

UWAGA!!

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

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

STAW SKOKOWY, STOPA

163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, słuźcenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek

miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:

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

od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:

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

PALCE STOPY

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

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW

Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie

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

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

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

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

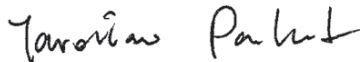
UWAGA!!

Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów

obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.

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

Niniejsza Tabela Norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu została zatwierdzona Uchwałą nr 77/2016 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z dnia 1 kwietnia 2016 roku i wprowadzona w życie z dniem 4 kwietnia 2016 roku.



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



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