



Ubezpieczenia

UBEZPIECZENIE
PKO ŻYCIE

Warunki Ubezpieczenia

WARUNKI UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE

Informacje, które postanowienia wzorca umowy określają:*

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty świadczeń	Dział I (Definicje) – w związku z każdym z niżej wskazanych Działów; Pakiet Życie: Dział II pkt 1–2, Dział V, Dział VI pkt 1–3 i 5–6; Pakiet Zdrowie i Pakiet Zdrowie Premium: Dział X pkt 6–9, 19–22, 25–34, 36–37, 39, 41–42 oraz Załącznik nr 1 do WU; Pakiet Wypadkowy: Dział XI pkt 6–7, 14–18, 22–24; Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy: Dział XII pkt 6–7, 16–19, 22–25; Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku: Dział XIII pkt 6–8, 15–16, 19, 21–23 oraz Załącznik nr 2 do WU; Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Pakiet Szpitalny Premium: Dział XIV pkt 6–8, 17–21, 25–31, 34–36, 38–39; Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego: Dział XV pkt 6–7, 15–17, 19–22; Pakiet Leczenie Zagraniczne: Dział XVI pkt 6–8, 16–24, 26, 28–30, 33–42, 46–51; Pakiet Medyczna Opinia Ekspercka: Dział XVII pkt 6–7, 15–19, 26–30; Moduł Powrót do Zdrowia: Dział XVIII pkt 1–2, 4–10

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia.	Dział I (Definicje); Pakiet Życie: Dział II pkt 5, Dział VI pkt 4 i 8–9 i 11; Pakiet Zdrowie i Pakiet Zdrowie Premium: Dział X pkt 5, 11–13, 23–24, 35, 38, 40, 43 oraz Załącznik nr 1 do WU; Pakiet Wypadkowy: Dział XI pkt 5, 9, 19–21, 25–26; Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy: Dział XII pkt 5, 9–10, 18–21; Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku: Dział XIII pkt 5, 10, 17–18, 20, 24 oraz Załącznik nr 2 do WU; Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Pakiet Szpitalny Premium: Dział XIV pkt 5, 10–11, 22–24, 32–33, 35, 37, 40–46; Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego: Dział XV pkt 5, 9–10, 16, 18–20; Pakiet Leczenie Zagraniczne: Dział XVI pkt 5, 10–11, 18–19, 25–27, 31–32, 34, 37, 43, 45, 50–52; Pakiet Medyczna Opinia Ekspertka: Dział XVII pkt 5, 9–10, 20–25; Moduł Powrót do Zdrowia: Dział XVIII pkt 2–3, 5, 9–11.
--	---

* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16.12.2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5	XVI. PAKIET LECZENIE ZAGRANICZNE	49
I. DEFINICJE	5	XVII. PAKIET MEDYCZNA OPINIA EKSPERCKA	58
II. PAKIET ŻYCIE	17	XVIII. MODUŁ POWRÓT DO ZDROWIA ROZSZERZAJĄCY ŚWIADCZENIA W RAMACH PAKIETU ZDROWIE, PAKIETU ZDROWIE ROZSZERZONEGO O PAKIET ZDROWIE PREMIUM, PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ROZSZERZONEGO O PAKIET SZPITALNY PREMIUM, PAKIETU WYPADKOWEGO, PAKIETU CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	62
III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	18		
IV. INDEKSACJA W PAKIECIE ŻYCIE	18		
V. POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	19	ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE - Poważne Zachorowania w Pakiecie Zdrowie Premium	65
VI. ŚWIADCZENIA Z PAKIETU ŻYCIE	20		
VII. ODSĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	22	ZAŁĄCZNIK NR 2 DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE - Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku	86
VIII. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA	22		
IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23		
PAKIETY DODATKOWE	24		
X. PAKIET ZDROWIE	24		
ŚWIADCZENIA Z PAKIETU ZDROWIE PREMIUM – ROZSZERZENIA PAKIETU ZDROWIE	26		
XI. PAKIET WYPADKOWY	29		
XII. PAKIET CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	33		
XIII. PAKIET TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	36		
XIV. PAKIET SZPITALNY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	39		
PAKIET SZPITALNY PREMIUM – ROZSZERZENIE PAKIEU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	42		
XV. PAKIET DIAGNOSTYKA PRZY PODEJRZENIU POWAŻNEGO STANU CHOROBOWEGO	45		



WARUNKI UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE

WSTĘP

1. Te Warunki Ubezpieczenia (dalej: WU) dotyczą umów ubezpieczenia zawieranych z PKO Życie Towarzystwem Ubezpieczeń S.A.
2. W WU niektóre pojęcia zapisujemy dużą literą – oznacza to, że je rozumiemy wyłącznie w taki sposób, w jaki je zdefiniowaliśmy. Wyjaśnienia tych pojęć znajdziesz w definicjach w dziale I WU i w Załączniku nr 1 do WU w odniesieniu do Poważnych Zachorowań z Pakietu Zdrowie Premium.
3. Treści zamieszczone w ramach są objaśnieniami dla Ciebie i nie są postanowieniami WU.

I. DEFINICJE

Poniżej wyjaśniamy znaczenie pojęć, które stosujemy w tych Warunkach Ubezpieczenia.

1. **Akt Terroryzmu** – użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, które jest skierowane przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej.
2. **Badania Diagnostyczne** – badania laboratoryjne, obrazowe i procedury diagnostyczne zalecone jako niezbędne do ustalenia diagnozy przez Lekarza Specjalistę podczas Wirtualnej Konsultacji, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i międzynarodowymi wytycznymi (dla onkologii – wytycznymi National Comprehensive Cancer Network). Badania Diagnostyczne wykonywane są w Polsce w prywatnym szpitalu lub ośrodku diagnostycznym.
3. **Badania Kliniczne** – badania prowadzone wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej
4. **Badania Obrazowe** – badanie: RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny – zlecone Tobie na podstawie skierowania Lekarza Prowadzącego.
5. **Biopsja** – w kontekście badania nowotworu zabieg medyczny, w którym pobiera się próbkę tkanki lub komórek w celu jej zbadania w laboratorium na obecność komórek nowotworowych.
6. **Centrum Pomocy** – podmiot, który na nasze zlecenie organizuje lub realizuje usługi dostępne w ramach Modułu Powrót do Zdrowia.
7. **Certyfikat Medyczny** – pisemne potwierdzenie Świadczeń w ramach Leczenia Zagranicznego (w tym pokrywanych kosztów), ważne 3 miesiące od daty jego wystawienia, które:
 - 1) jest wydawane przez nas lub przez Further,
 - 2) potwierdza organizację i pokrycie wymienionych kosztów Leczenia Zagranicznego oraz pozostałych świadczeń i usług z Pakietu Leczenie Zagraniczne,
 - 3) zawiera m.in.: wskazanie Szpitala Zagranicznego, spis konsultacji, badań, Leków oraz inne szczegóły w zakresie Leczenia Zagranicznego.Certyfikat Medyczny otrzymasz przed wyjazdem do Szpitala Zagranicznego.

8. **Choroba** – zaburzenie funkcjonowania organizmu lub narządu, co do którego występują możliwe do rozpoznania charakterystyczne objawy i symptomy lub stałe zmiany anatomiczne, potwierdzone rozpoznaniem choroby przez lekarza. Za jedną Chorobę uznajemy także powikłania oraz dolegliwości pozostające w związku przyczynowym ze zdiagnozowaną chorobą.
9. **Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania.
10. **Choroba Układu Mięśniowo-Szkieletowego** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako choroba układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanki łącznej.
11. **Ciąża** – według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) ciąża, poród i okres połogu.
12. **Ciężka Dysplazja Nowotworowa** – zmiany przednowotworowe sklasyfikowane cytologicznie lub histopatologicznie jako dysplazja dużego stopnia lub ciężka.
13. **Czasowa Niezdolność do Pracy** – Twoja niezdolność do pracy, która wystąpiła i trwa w Okresie Ochrony nieprzerwanie co najmniej 30 dni i której przyczyną była Twoja Choroba lub Twój Nieszczęśliwy Wypadek. Czasowa Niezdolność do Pracy musi być potwierdzona Zaświadczeniem o Czasowej Niezdolności do Pracy
14. **Dawca** – żywa osoba, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ciebie.
15. **Diagnostyka Laboratoryjna** – badania: badanie ogólne moczu, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21 – wykonywane u Ciebie na podstawie skierowania Lekarza Prowadzącego.
16. **Druga Opinia Medyczna** – opinia dotycząca Twojego Poważnego Stanu Chorobowego, sporządzana przez Lekarza Konsultanta na podstawie Twojej dokumentacji medycznej.
17. **Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego** – dzień w Okresie Ochrony, w którym zaszło Zdarzenie Ubezpieczeniowe:
 - 1) dla śmierci – dzień Twojej śmierci,
 - 2) dla Czasowej Niezdolności do Pracy – pierwszy dzień Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy objętej naszą odpowiedzialnością, który wynika z Zaświadczenia o Czasowej Niezdolności do Pracy.
W przypadku gdy Czasowa Niezdolność do Pracy trwa nieprzerwanie dłużej niż 30 dni i jest potwierdzona kolejnymi Zaświadczeniami o Czasowej Niezdolności do Pracy, za Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego uznaje się pierwszy dzień Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy objętej naszą odpowiedzialnością wynikający z pierwszego Zaświadczenia o Czasowej Niezdolności do Pracy,
 - 3) dla Nowotworu in situ – data pierwszego wyniku badania histopatologicznego lub cytologicznego, które potwierdza, że wystąpił u Ciebie Nowotwór in situ,
 - 4) dla Nowotworu Złośliwego – data pierwszego wyniku:
 - a. badania histopatologicznego albo
 - b. innego badania specjalistycznego potwierdzającego rozpoznanie Nowotworu Złośliwego (w przypadku, gdy przeprowadzenie badania histopatologicznego było z medycznego punktu widzenia niemożliwe), który potwierdza, że wystąpił u Ciebie Nowotwór Złośliwy,
 - 5) dla Poważnego Zachorowania w Pakiecie Zdrowie Premium – dzień wskazany w definicji tego Poważnego Zachorowania w Załączniku nr 1 do WU,
 - 6) dla Twojego Urazu – dzień, w którym wystąpił Uraz u Ciebie,
 - 7) dla Udaru Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym – dzień, w którym lekarz zdiagnozował u Ciebie Udar Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym,
 - 8) dla Urazu Osoby Bliskiej – dzień, w którym wystąpił Uraz u Osoby Bliskiej,
 - 9) dla Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego – dzień przeprowadzenia u Ciebie Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego,
 - 10) dla Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – dzień, w którym przyjęto Cię do Szpitala w celu Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 11) dla Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby – dzień, w którym przyjęto Cię do Szpitala w celu Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby,

- 12) dla Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – dzień przeprowadzenia u Ciebie Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
- 13) dla Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – dzień zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, którego następstwem jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu,
- 14) dla Podejrzenia poważnego stanu chorobowego – dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną po raz pierwszy wystąpiło u Ciebie Podejrzenie poważnego stanu chorobowego,
- 15) dla Zawału Serca – dzień, w którym lekarz zdiagnozował u Ciebie Zawał Serca,
- 16) dla Poważnego Stanu Chorobowego –
 - a. w odniesieniu do Nowotworu Złośliwego, Nowotworu in situ (carcinoma in situ) albo Ciężkiej Dysplazji Nowotworowej - dzień zdiagnozowania u Ciebie tego schorzenia na podstawie pierwszego wyniku badania histopatologicznego lub cytologicznego albo innego badania specjalistycznego potwierdzającego rozpoznanie – w przypadku, gdy przeprowadzenie badania histopatologicznego było z medycznego punktu widzenia niemożliwe,
 - b. w odniesieniu do Procedury Medycznej Objętej Ubezpieczeniem - dzień, w którym lekarz wydał zalecenie przeprowadzenia u Ciebie tej procedury medycznej.
- 17) dla Kwalifikowanej Choroby – dzień zdiagnozowania u Ciebie po raz pierwszy Kwalifikowanej Choroby przez lekarza prowadzącego Twoje leczenie,
- 18) dla Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego – dzień zdiagnozowania u Ciebie po raz pierwszy Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego.
- 18. Ekspert Medyczny** – lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie właściwej dla Twojego problemu zdrowotnego oraz udokumentowane doświadczenie kliniczne w tej dziedzinie, współpracujący z Further; może to być lekarz wykonujący zawód w Polsce lub za granicą.
- 19. Further** – Further Underwriting International SLU z siedzibą w Madrycie przy Paseo de Recoletos 12, 28001 Madryt - podmiot, za pośrednictwem którego organizujemy i realizujemy usługi i świadczenia Pakietu Leczenie Zagraniczne, Pakietu Medyczna Opinia Eksperska oraz Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia.
- 20. Hospitalizacja** – Twój pobyt w Szpitalu Zagranicznym w celu leczenia lub operacji prowadzonych z powodu Poważnego Stanu Chorobowego w ramach Leczenia Zagranicznego – pobyt, który rozpoczyna się od przyjęcia Cię do Szpitala Zagranicznego, trwa w sposób ciągły i obejmuje co najmniej jeden nocleg.
- 21. Karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia określonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest wyłączona lub ograniczona.
- 22. Karta DiLO (skierowanie DiLO)** – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej.
- 23. Kod ICD-10** – oznaczenie jednostki chorobowej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).
- 24. Konsultacje Lekarskie** – Twoje wizyty u lekarzy na podstawie skierowania Lekarza Prowadzącego.
- 25. Konsultant Kardiologii** – lekarz specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu chorób serca i naczyń krwionośnych, oficjalnie uznany za kardiologa przez właściwą izbę lekarską, na którego zalecenie wykonuje się operację w ramach Modułu Ochrony.
- 26. Kontrola Stanu Zdrowia** – badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje z nimi związane, które wykonuje lekarz, gdy zakończysz Leczenie Zagraniczne. Kontrola Stanu Zdrowia ma:
 - 1) ustalić, czy w przyszłości Twój stan zdrowia może się pogorszyć w związku z Chorobą, oraz
 - 2) zapobiegać nawrotom tej samej Choroby.
 Kontrolę Stanu Zdrowia po Twoim powrocie do Polski planuje Twój Lekarz Prowadzący Leczenie Zagraniczne. Zalecenia te dotyczą typów procedur diagnostycznych oraz odstępów czasowych, w których te procedury powinny zostać wykonane.
- 27. Kwalifikowana Choroba** – Choroba lub uszkodzenie ciała, które wystąpiły w Okresie Ochrony i które obejmują:
 - 1) w zakresie onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
 - 2) w zakresie kardiologii i kardiologii – chorobę niedokrwienną serca, zawał serca, zaburzenia rytmu

- serca, niewydolność serca, choroby zastawek serca, kardiomiopatie, choroby wsierdza i osierdza, choroby aorty oraz choroby naczyń krwionośnych,
- 3) w zakresie neurologii i neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego oraz choroby kręgosłupa i mózgu,
- 4) w zakresie ortopedii – chorobę zwyrodnieniową stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporozę, chorobę Pageta, kifozę, złamania oraz schorzenia i uszkodzenia kończyn, stawów i kręgosłupa,
- 5) choroby wymagające leczenia chirurgicznego lub specjalistycznego z zastosowaniem: chemioterapii, radioterapii, terapii radioizotopowej (w tym terapii radiojodem), gammaterapii, immunoterapii, terapii celowanej, dializoterapii, ablacji, embolizacji naczyń albo wszczepienia rozrusznika serca, kardiowerter-defibrylatora, układu resynchronizującego, stentu lub endoprotezy stawu,
- 6) w zakresie pulmonologii, neurologii, endokrynologii, ginekologii, urologii, dermatologii, okulistyki, nefrologii, gastroenterologii, reumatologii lub hematologii: choroby przewlekłe wymagające leczenia specjalistycznego oraz choroby ostre wymagające hospitalizacji,
- 7) następujące choroby: cholera, dur brzuszny, chorobę Ebola, gorączkę Lassa, gorączkę Marburg, gorączkę Denga, żółtą gorączkę, malarię (zimnicę), wściekliznę, tężec, chorobę Heinego-Medina (polio), sepsę (posocznicę), zgorzel gazową, filariozę limfatyczną, schistosomatozę oraz zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych.
28. **Kwota Kredytu** – wysokość kredytu wynikająca z Umowy Kredytu na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
29. **Leczenie Eksperymentalne** – leczenie, procedura, cykl leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny przeznaczony do użytku medycznego lub chirurgicznego, które:
- 1) nie zostało powszechnie uznane za bezpieczne, skuteczne i odpowiednie do leczenia chorób lub urazów przez organizacje naukowe uznane przez międzynarodową społeczność medyczną, lub
- 2) jest przedmiotem badań, testów lub eksperymentów klinicznych, niezależnie od etapu ich zaawansowania.
30. **Leczenie off-label** – protokół leczenia, który obejmuje zastosowanie leku przeciwnowotworowego poza wskazaniami wynikającymi z charakterystyki produktu leczniczego (inne wskazanie, dawka lub metoda podania).
31. **Leczenie Pierwszej Linii** – podstawowa, początkowa terapia danej choroby; w onkologii pierwszy zestaw leków, terapii celowanej, immunoterapii, radioterapii lub chemioterapii po postawieniu diagnozy.
32. **Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby** – trwający nieprzerwanie minimum trzy dni kalendarzowe i rozpoczynający się w Okresie Ochrony Twój pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby. Leczeniem Szpitalnym w następstwie Choroby nie jest pobyt, którego wyłącznym celem jest rehabilitacja, diagnostyka, rekonwalescencja, opieka długoterminowa lub pielęgnacyjna, nie jest nim także pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). Za dzień Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby uznajemy dzień kalendarzowy, w którym przebywałeś w Szpitalu w następstwie Choroby. Za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia Ciebie do Szpitala, a za ostatni dzień – dzień wypisu Ciebie ze Szpitala.
33. **Leczenie Szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – Twój pobyt w Szpitalu w celu złagodzenia skutków obrażeń spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem i rozpoczynający się w Okresie Ochrony. Leczeniem Szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie jest pobyt, którego wyłącznym celem jest rehabilitacja, rekonwalescencja, opieka długoterminowa lub pielęgnacyjna, ani pobyt wyłącznie diagnostyczny; nie jest nim także pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). Za dzień Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku uznajemy dzień kalendarzowy, w którym przebywałeś w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia Ciebie do Szpitala, a za ostatni dzień – dzień wypisu Ciebie ze Szpitala, przy czym dzień przyjęcia do Szpitala nie może być tym samym dniem, co dzień wypisu ze Szpitala.
34. **Leczenie Zagraniczne** – w przypadku diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego zorganizowanie i pokrycie kosztów Twojego leczenia poza granicami Polski. Zakres odpowiedzialności i objęte nim świadczenia opisane są w dziale Pakiet Leczenie Zagraniczne.
35. **Lek** – substancja lub połączenie substancji dopuszczone do obrotu, wydawane wyłącznie na receptę.
36. **Lekarz Konsultant** – lekarz praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności i doświadczeniu właściwym dla danego Poważnego Stanu Chorobowego, który sporządza Drugą Opinię Medyczną.

37. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie i który nie jest lekarzem Centrum Pomocy.
38. **Lekarz Prowadzący Leczenie Zagraniczne** – lekarz zajmujący się Tobą podczas leczenia i opieki za granicą, który pracuje w Zagranicznym Szpitalu wskazanym w Certyfikacie Medycznym.
39. **Lekarz Specjalista** – lekarz o specjalizacji i doświadczeniu odpowiednim dla dziedziny medycyny, która obejmuje schorzenie objęte Podejrzeniem poważnego stanu chorobowego, z którym realizowana jest Wirtualna Konsultacja.
40. **Medycyna Alternatywna** – systemy, praktyki, produkty opieki zdrowotnej, które nie należą do medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia.
41. **Medycyna Precyzyjna** – świadczenia realizowane w przypadku zdiagnozowania u Ciebie Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego. Świadczenie to obejmuje:
- dotatkowe badania molekularne w celu szczegółowej analizy Twojej diagnozy
 - spersonalizowanie Twojego leczenia, w tym oceny oporności na leczenie,
 - określenie rokowania,
 - ocenę możliwości udziału w Badaniach Klinicznych oraz
 - Testy Linii Germinalnej.
42. **Medyczne Uzasadnienie** – uzasadnienie usługi opieki zdrowotnej i materiałów, które:
- zostały Ci przepisane w celu leczenia Poważnego Stanu Chorobowego aby poprawić stan Twojego zdrowia,
 - są uznane za skuteczne w poprawie efektów zdrowotnych zastosowanych planów leczenia, które to plany są zgodne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z diagnozą w publikowanej, recenzowanej literaturze medycznej lub z naukowymi wytycznymi z Europy i USA (w odniesieniu do leczenia Nowotworów Złośliwych stosujemy wytyczne NCCN – National Comprehensive Cancer Network),
 - są świadczone i zapewniane w sposób i w rodzaju najbardziej medycznie odpowiednim do warunków świadczenia usług zdrowotnych – pod względem zarówno kosztów, jak i jakości opieki. Oznacza to, że w uzasadnionych przypadkach, gdy wymagany jest tylko nadzór diagnostyczny jedynie monitorujący Twoje zdrowie (nieobjęty zakresem tego ubezpieczenia, o ile badania te nie są prowadzone w ramach Kontroli Stanu Zdrowia), nie jest stosowane leczenie - oraz
 - w pierwszej kolejności uwzględniają Twoje korzyści z medycznego punktu widzenia, a dopiero w dalszej kolejności – kwestie komfortu czy dogodności dla Ciebie lub Twojego Lekarza Prowadzącego Leczenie Zagraniczne.
- Further – na nasze zlecenie – ocenia, czy leczenie ma Medyczne Uzasadnienie. Further formułuje ocenę na podstawie zakresu ubezpieczenia i rekomendacji Lekarza Konsultanta, który przygotował Drugą Opinię Medyczną (jeśli została wydana) oraz konsultacji z Lekarzem Prowadzącym Leczenie Zagraniczne i Lekarzem Prowadzącym leczenie w Polsce.
43. **Miesiąc Rozliczeniowy** – miesiąc, za który należy Składka Miesięczna za udzielaną ochronę ubezpieczeniową. Pierwszy Miesiąc Rozliczeniowy rozpoczyna się w pierwszym dniu Okresu Ochrony, a kolejne rozpoczynają się odpowiednio w kolejnych miesiącach kalendarzowych obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, w dniach, które datą odpowiadają pierwszemu dniowi Okresu Ochrony. Jeśli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma takiego dnia – to w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego.
44. **Moduł Ochrony** – jeden z czterech modułów obejmujących Moduł Onkologia, Moduł Kardiologia/Kardiochirurgia, Moduł Neurochirurgia, Moduł Przeszczepy, objęte zakresem w ramach Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego i Pakietu Leczenie Zagraniczne. Zakres Modułów Ochrony opisaliśmy w działach XV i XVI.
45. **Moduł Powrót do Zdrowia** – pakiet Świadczeń: Konsultacje Lekarskie, Diagnostyka Laboratoryjna, Badania Obrazowe, Rehabilitacja, Sprzęt Rehabilitacyjny, Transport Medyczny, Program Apteczny.
46. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- nie zależy od Twojej woli i stanu zdrowia (albo Osoby Bliskiej – dla Urazu Osoby Bliskiej),
 - zostało wywołane Przyczyną Zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną

przyczyną wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku,

- 3) nastąpiło w Okresie Ochrony,
- 4) skutki tego zdarzenia pozostają w adekwatnym związku z Przyczyną Zewnętrzną.

47. Nowotwór in situ – zdiagnozowana u Ciebie po raz pierwszy w życiu wczesna postać nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym lub nowotworu złośliwego we wczesnym stadium zaawansowania, potwierdzona wynikiem histopatologicznym i sklasyfikowana jako:

- 1) rak in situ (CIS); lub
- 2) nowotwór in situ (TIS) lub
- 3) nowotwór o granicznej złośliwości, zgodnie z ósmym wydaniem klasyfikacji AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual) lub;
- 4) nowotwór gruczołu krokowego z wynikiem w skali Gleasona poniżej 7 lub w stadium niższym niż T2b N0M0, lub – po całkowitym usunięciu gruczołu krokowego (radikalnej prostatektomii) – w stadium niższym niż pT2N0M0 lub;
- 5) nowotwór tarczycy w stadium niższym niż T2N0M0 lub;
- 6) nowotwór urotelialny w stadium niższym niż T1bN0M0 lub;
- 7) nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) oraz nowotwory neuroendokrynne sklasyfikowane poniżej II stopnia zaawansowania prognostycznego zgodnie z ósmym wydaniem klasyfikacji AJCC.

Nowotworem in situ w rozumieniu WU nie są:

- 1) wszelkie torbiele;
- 2) rak podstawnokomórkowy i rak płaskonabłonkowy skóry, a także chłoniaki skóry, mięsaki oraz włókniakomięsak guzowaty skóry (dermatofibrosarcoma protuberans), jeżeli są ograniczone do skóry (przy czym przez skórę rozumie się co najmniej jedną z następujących warstw: naskórek, skórę właściwą lub tkankę podskórną);
- 3) dysplazja sklasyfikowana jako LSIL lub w stopniu niższym niż CIN III;
- 4) nowotwór przedinwazyjny rozpoznany wyłącznie na podstawie stwierdzenia komórek nowotworowych i/lub cząsteczek związanych z nowotworem we krwi, ślinie, kale, moczu lub innym płynie ustrojowym, bez innych jednoznacznych i możliwych do klinicznego zweryfikowania dowodów potwierdzających rozpoznanie.

48. Nowotwór Złośliwy – zdiagnozowany u Ciebie po raz pierwszy w życiu nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym, naciekającym wzrostem oraz szerzeniem się, potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego i sklasyfikowany jako nowotwór złośliwy zgodnie z ósmym wydaniem klasyfikacji AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual). Nowotworem złośliwym są również chłoniaki złośliwe oraz złośliwe choroby szpiku kostnego, w tym białaczki.

Nowotworem Złośliwym w rozumieniu WU nie są:

- 1) rak in situ (CIS), nowotwór in situ (TIS), nowotwór przedinwazyjny, dysplazja, nowotwory łagodne, torbiele oraz wszelkie stany przednowotworowe,
- 2) rak podstawnokomórkowy i rak płaskonabłonkowy skóry, a także chłoniaki skóry, mięsaki oraz włókniakomięsak guzowaty skóry (dermatofibrosarcoma protuberans), jeżeli są ograniczone do skóry (przy czym przez skórę rozumie się co najmniej jedną z następujących warstw: naskórek, skórę właściwą lub tkankę podskórną),
- 3) nowotwory gruczołu krokowego z wynikiem w skali Gleasona poniżej 7 lub w stadium niższym niż T2b N0M0, lub – po całkowitym usunięciu gruczołu krokowego (radikalnej prostatektomii) – w stadium niższym niż pT2N0M0,
- 4) nowotwory tarczycy w stadium niższym niż T2N0M0,
- 5) nowotwory urotelialne w stadium niższym niż T1bN0M0,
- 6) nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) oraz nowotwory neuroendokrynne sklasyfikowane poniżej II stopnia zaawansowania prognostycznego zgodnie z ósmym wydaniem klasyfikacji AJCC,
- 7) nowotwory związane z HIV/AIDS,
- 8) nowotwór rozpoznany wyłącznie na podstawie stwierdzenia komórek nowotworowych i/lub cząsteczek

związanych z nowotworem we krwi, ślinie, kale, moczu lub innym płynie ustrojowym, bez innych jednoznacznych i możliwych do klinicznego zweryfikowania dowodów potwierdzających rozpoznanie.

49. **Okres Ochrony** – okres wskazany w Polisie, w którym ponosimy odpowiedzialność, gdy wystąpi Zdarzenie Ubezpieczeniowe – zgodnie z WU. Okres ten stanowi podstawę do wyliczenia wysokości Składki Miesięcznej.
50. **Okres Realizacji Świadczenia** – okres 36 kolejnych miesięcy, w których realizowane są wszystkie Świadczenia z danego Modułu Ochrony. Okres Realizacji Świadczenia ustala się oddzielnie dla każdego Modułu Ochrony w momencie wystawienia pierwszego Certyfikatu Medycznego dla danego Modułu Ochrony. Jeśli pierwsza podróż w ramach Leczenia Zagranicznego dla danego Modułu Ochrony odbędzie się w Okresie Ochrony, Okres Realizacji Świadczenia rozpoczyna się w dniu tej pierwszej podróży. Gdy pierwsza zaplanowana podróż w ramach Leczenia Zagranicznego dla danego Modułu Ochrony odbędzie się po zakończeniu lub wygaśnięciu Okresu Ochrony, Okres Realizacji Świadczenia rozpoczyna się następnego dnia po zakończeniu lub wygaśnięciu Okresu Ochrony.
51. **Operacja Medyczna w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – zabieg chirurgiczny, zwykle powiązany z koniecznością naruszenia ciągłości skóry i powłok, wykonany w Szpitalu przez lekarzy specjalistów w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja Medyczna w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku musi być przeprowadzona:
 - 1) u Ciebie,
 - 2) w znieczuleniu ogólnym lub przewodowym,
 - 3) w Okresie Ochrony, ale nie później niż w ciągu 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego Wypadku oraz
 - 4) pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
52. **Operacja Neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych albo leczenie łagodnych guzów rdzenia kręgowego.
53. **Operacja Plastyczna po leczeniu Nowotworu Złośliwego** – operacja plastyczna twarzy, szyi, dłoni lub piersi, która ma poprawić Twój wygląd po skutkach leczenia Nowotworu Złośliwego (radioterapię, mastektomię, usunięciem takiego nowotworu). Ochroną nie są objęte zabiegi z zakresu medycyny estetycznej.
54. **Operacja Zastawek Serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca.
55. **Osoba Bliska** – Twój: współmałżonek, rodzice, dzieci.
56. **Osoba Towarzysząca** – osoba wskazana przez Ciebie, która podróżuje i przebywa z Tobą podczas realizacji Świadczeń z Pakietu Leczenie Zagraniczne.
57. **Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego obejmujemy Cię ochroną na wypadek Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy. Dodatkowo po Czasowej Niezdolności do Pracy możesz skorzystać ze świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
58. **Pakiet Dodatkowy** – dodatkowa umowa ubezpieczenia, która może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie przedmiotu i zakresu Pakietu Życie. Pakietem Dodatkowym jest: Pakiet Zdrowie, Pakiet Zdrowie rozszerzony o Pakiet Zdrowie Premium, Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozszerzony o Pakiet Szpitalny Premium, Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy, Pakiet Wypadkowy, Pakiet Leczenie Zagraniczne, Pakiet Medyczna Opinia Ekspercka, Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego lub inne pakiety udostępnione przez nas.
59. **Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego obejmujemy Cię ochroną na wypadek wystąpienia u Ciebie Podejrzenia poważnego stanu chorobowego.
60. **Pakiet Leczenie Zagraniczne** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego organizujemy i pokrywamy koszty Twojego leczenia za granicą w zakresie Modułów Ochrony (Onkologia, Kardiologia/Kardiochirurgia, Neurochirurgia, Przeszczepy).
61. **Pakiet Medyczna Opinia Ekspercka** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego masz prawo do świadczeń Raport Eksperta Medycznego, jeśli zdiagnozowano u Ciebie Kwalifikowaną Chorobę oraz świadczeń Medycyna Precyzyjna, jeśli zdiagnozowano u Ciebie Szczególną Postać Nowotworu Złośliwego.
62. **Pakiet Szpitalny Premium** – rozszerzenie Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,

dostępne wyłącznie wraz z tym pakietem. W ramach rozszerzenia obejmujemy Cię ochroną na wypadek Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby. Wyplacamy Świadczenie dzienne za Twój pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby oraz Świadczenie Rekonwalescencyjne za Twój pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwający nieprzerwanie 10 dni lub dłużej. Dodatkowo, po Twoim Leczeniu Szpitalnym w następstwie Choroby możesz skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.

- 63. Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego obejmujemy Cię ochroną na wypadek Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku oraz Twojej Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Dodatkowo, po Twoim Leczeniu Szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku oraz Twojej Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, możesz skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
- 64. Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego obejmujemy Cię ochroną na wypadek Twojego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
- 65. Pakiet Wypadkowy** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego obejmujemy Cię ochroną na wypadek Twojego Urazu. Dodatkowo, po Twoim Urazie, możesz skorzystać ze świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
- 66. Pakiet Zdrowie** – Pakiet Dodatkowy, w ramach którego obejmujemy Cię ochroną na wypadek:
- 1) Nowotworu Złośliwego,
 - 2) Zawału Serca,
 - 3) Udaru Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym,
 - 4) Nowotworu in situ,
 - 5) Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego.
- Dodatkowo, po Twoim Nowotworze Złośliwym, Zawale Serca, Udarze Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym, Nowotworze in situ i Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego możesz skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
- 67. Pakiet Zdrowie Premium** – rozszerzenie Pakietu Zdrowie, dostępne wyłącznie wraz z tym pakietem. W ramach rozszerzenia obejmujemy Cię ochroną na wypadek Poważnych Zachorowań z Pakietu Zdrowie Premium. Za Poważne Zachorowania z Pakietu Zdrowie Premium wypłacamy Świadczenia w wysokości 10%, 25%, 50%, 75% albo 100% Sumy Ubezpieczenia, łącznie maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia. Po Poważnym Zachorowaniu z Pakietu Zdrowie Premium możesz skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
- 68. Pakiet Życie** – podstawowa umowa ubezpieczenia, w ramach której obejmujemy Cię ochroną na wypadek Twojej śmierci.
- 69. Placówka Medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, który działa na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 70. Pobyt w Szpitalu** – zorganizowane przez Further Twoje leczenie w Szpitalu Zagranicznym trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny.
- 71. Podejrzanie poważnego stanu chorobowego** – podejrzenie wystąpienia u Ciebie stanu chorobowego wskazanego w dziale XV pkt 17, który w ramach Pakietu Diagnostyka przy Podejrzaniu Poważnego Stanu Chorobowego obejmujemy ochroną danego Modułu Ochrony (z katalogu poważnych stanów chorobowych), objętego postępowaniem diagnostycznym.
- 72. Polisa** – dokument, którym potwierdzamy, że zawarliśmy z Tobą Umowę Ubezpieczenia.
- 73. Pomostowanie Aortalno-Wieńcowe** – zabieg korygujący u Ciebie zwężenie lub zablokowanie tętnic wieńcowych za pomocą pomostów (by-pass).
- 74. Portal Further** – platforma internetowa służąca wspieraniu realizacji Świadczeń dla Ciebie.
- 75. Postępowanie Profilaktyczne** – procedura medyczna lub przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór Złośliwy.
- 76. Poważne Oparzenie** – powstałe w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku:
- oparzenia II stopnia przekraczające 10% powierzchni ciała lub
 - 1) oparzenia III stopnia przekraczające 2% powierzchni ciała lub 50% powierzchni głowy lub
 - 2) oparzenia IV stopnia – niezależnie od powierzchni ciała objętej oparzeniem.
- Rozległość oparzenia oceniamy według reguły dziewiątek lub tabeli Lunda i Browdera.

77. Poważne Zachorowanie:

- 1) w Pakiecie Zdrowie to zachorowanie na: Zawał Serca albo Udar Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym albo Twoje pierwsze w życiu zachorowanie na Nowotwór Złośliwy,
- 2) w Pakiecie Zdrowie Premium to zachorowanie wymienione i zdefiniowane w Załączniku nr 1 do WU.

78. Poważny Stan Chorobowy – choroba lub zabieg operacyjny wskazane w dziale XVI pkt 8, który obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Leczenie Zagraniczne: Moduł Onkologia – nowotwory (Nowotwór Złośliwy, w tym Szczególna Postać Nowotworu Złośliwego, Nowotwór in situ, Ciężka Dysplazja Nowotworowa); Moduł Kardiologia/Kardiochirurgia – stan wymagający operacji kardiologicznej; Moduł Neurochirurgia – stan wymagający Operacji Neurochirurgicznej; Moduł Przeszczepy – stan wymagający Przeszczepu Narządu.

79. Pozostawanie pod Wpływem Alkoholu – stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi 0,2 promila lub przekracza tę wartość albo stężenie alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza wynosi 0,1 mg lub przekracza tę wartość.

80. Procedura Medyczna Objęta Ubezpieczeniem – zabieg medyczny u Ciebie, określony w warunkach Pakietu Leczenie Zagraniczne i objęty ochroną w ramach Modułu Kardiologia/Kardiochirurgia, Modułu Neurochirurgia, Modułu Przeszczepy.

81. Program Apteczny – pokrycie Twoich wydatków za leki lub inne produkty kupione w aptece.

82. Proteza Piersi – proteza piersi po wykonaniu mastektomii wszczepiona po operacji chirurgicznej wykonanej w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego.

83. Przeszczep Narządu – przeszczep, w którym otrzymujesz nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od zgodnego Dawcy.

84. Przeszczep Szpiku Kostnego – przeszczep szpiku (BMT) lub komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) – autologiczny lub allogeniczny od Dawcy.

85. Przyczyna Zewnętrzna – działanie spoza Twojego organizmu (albo spoza organizmu Osoby Bliskiej – w przypadku Urazu Osoby Bliskiej), które spowodowało Nieszczęśliwy Wypadek. Za Przyczynę Zewnętrzną nie uznajemy działania czynników biologicznych: drobnoustrojów chorobotwórczych ani pasożytów. Przyczyną Zewnętrzną nie są przeciężenia, wysiłek, dźwignięcia lub pochylenia skutkujące fizycznymi obrażeniami ciała.

86. Rana Opatrzona Chirurgicznie:

- 1) uszkodzenie skóry głowy o długości co najmniej 1 cm lub
 - 2) uszkodzenie skóry innych części ciała o długości co najmniej 2 cm,
- które powstało w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i zostało opatrzone chirurgicznie szwami, zszywkami, klamrami, stripami chirurgicznymi lub klejem tkankowym. Dokumentacja medyczna musi potwierdzać opatrzenie chirurgiczne rany. W rozumieniu tych Warunków Ubezpieczenia Ranami Opatrzonymi Chirurgicznie nie są rany związane z operacją chirurgiczną Ubezpieczonego.

87. Raport Ekspercki Medycyny Precyzyjnej – opinia sporządzana przez Zespół Lekarsko-Ekspercki w ramach Medycyny Precyzyjnej, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz bioprobek.

88. Raport Eksperta Medycznego – opinia medyczna sporządzana przez Eksperta Medycznego po zebraniu i analizie dokumentacji medycznej; obejmuje potwierdzenie lub wykluczenie diagnozy Kwalifikowanej Choroby oraz optymalny plan leczenia.

89. Rehabilitacja – zabiegi rehabilitacyjne, które wykonuje Tobie fizjoterapeuta lub rehabilitant:

- 1) na podstawie skierowania Lekarza Prowadzącego i
- 2) podczas wizyty w miejscu Twojego pobytu albo Twojej wizyty w poradni rehabilitacyjnej lub fizjoterapeutycznej.

90. Rocznicą Polisy – każda rocznica dnia, który rozpoczyna kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Pierwsza Rocznicą Polisy przypada w pierwszą rocznicę pierwszego dnia Okresu Ochrony. Kolejna Rocznicą Polisy przypada – odpowiednio w kolejnych latach kalendarzowych obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, w dniach, które datą (dniem i miesiącem) odpowiadają pierwszemu dniowi Okresu Ochrony. Jeśli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia – za Rocznicę Polisy uznajemy ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego. Rocznicę Polisy ustalamy analogicznie do Miesiąca Rozliczeniowego, z tym że w cyklu rocznym.

91. **Rok Polisowy** – okres 12 kolejnych miesięcy. Pierwszy Rok Polisowy rozpoczyna się w pierwszym dniu Okresu Ochrony. Każdy kolejny Rok Polisowy rozpoczyna się w Rocznicę Polis i trwa do dnia poprzedzającego następną Rocznicę Polisy.
92. **Siła Wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, przez które Further nie może zorganizować Świadczenia.
93. **Składka Miesięczna** – kwota, którą masz obowiązek opłacać w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia.
94. **Skręcenie** – uraz stawu lub więzadła, który:
1) powstał w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wskutek przekroczenia fizjologicznego zakresu ruchu i
2) został rozpoznany przez lekarza specjalistę, i
3) został potwierdzony badaniem obrazowym (np. USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa).
95. **Sport Wyczynowy** – dyscypliny sportowe uprawiane w ramach przynależności do klubu lub związku sportowego, połączone z udziałem w treningach, zawodach lub zgrupowaniach – niezależnie od tego, czy osoba uprawiająca te dyscypliny sportowe czerpie z tego dochód.
96. **Sportowiec Zawodowy** – osoba, która uprawia sport i otrzymuje za to wynagrodzenie, stypendium, dietę lub inne korzyści finansowe, które stanowią dla niej stałe źródło dochodu.
97. **Sporty i Aktywności Wysokiego Ryzyka** – dyscypliny sportowe i aktywności, których uprawianie wiąże się z wysokim ryzykiem. Są to:
1) sporty walki oraz sporty motorowe i motorowodne;
2) sporty lotnicze i powietrzne: spadochroniarstwo, baloniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo i motolotniarstwo;
3) wspinaczka górską lub skałkową, speleologia oraz nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem;
4) skoki do wody, skoki na linie (bungee), skoki z obiektów (base jumping) oraz parkour;
5) narciarstwo lub snowboard poza wyznaczonymi trasami;
6) kajakarstwo górskie, kolarstwo górskie, jazda konna oraz udział w wyścigach (z wyjątkiem biegów i pływania).
98. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który wypożyczamy lub kupujemy oraz dostarczamy do miejsca Twojego pobytu na podstawie zalecenia Lekarza Prowadzącego.
99. **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia kwota, która jest górną granicą naszej odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego zakresem Umowy Ubezpieczenia.
100. **Szczególna Postać Nowotworu Złośliwego** – Nowotwór Złośliwy zaklasyfikowany zgodnie z Kodem ICD-10 jako konkretny typ nowotworu, który spełnia co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
1) nie reaguje na Leczenie Pierwszej Linii, lub
2) jest w III lub IV stopniu zaawansowania klinicznego, lub
3) ma nieznane umiejscowienie pierwotne (brak wyraźnego wykrywalnego guza pierwotnego), lub
4) jest rzadką formą Nowotworu Złośliwego - poniżej 6 przypadków na 100 000 zachorowań rocznie, ujętą w wykazie rzadkich nowotworów w Europie RARECARE.
101. **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie. W rozumieniu tych Warunków Ubezpieczenia Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, ośrodek rehabilitacyjny, szpital rehabilitacyjny, oddział rehabilitacyjny, szpital uzdrowiskowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ośrodek sanatoryjny, ośrodek uzdrowiskowy, ośrodek prewencyjny, ośrodek wypoczynkowy, ośrodek opiekuńczy, placówka medycyny estetycznej, ośrodek dla psychicznie lub przewlekle chorych.
102. **Szpital Zagraniczny** – prywatna lub publiczna placówka, która spełnia wszystkie poniższe warunki:
1) znajduje się poza terytorium Polski,
2) jest uprawniona do prowadzenia leczenia medycznego Chorób lub obrażeń ciała,
3) ma materiały, środki technologiczne i personel (w tym Lekarzy), aby zapewnić całodobową diagnozę i interwencje chirurgiczne.
103. **Świadczenie** – kwota, którą wypłacimy, jeśli uznamy roszczenie z tytułu zajścia Zdarzenia

- Ubezpieczeniowego objętego zakresem Umowy Ubezpieczenia. W przypadku Modułu Powrót do Zdrowia, Pakietu Leczenie Zagraniczne, Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego i Pakietu Medyczna Opinia Eksperta, Świadczenie polega na zorganizowaniu usługi i pokryciu jej kosztów.
- 104. Świadczenie Rekonwalescencyjne** – Świadczenie z Pakietu Szpitalnego Premium, które wypłacamy za Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby, jeśli Twój pobyt w Szpitalu trwał nieprzerwanie 10 dni lub dłużej.
- 105. Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – tabela, która dla poszczególnych uszkodzeń ciała wskazuje procent Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
- 106. Terapia Genowa** – postępowanie z wykorzystaniem genów wywołujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, które polega na wprowadzaniu do organizmu stworzonych w warunkach laboratoryjnych fragmentów DNA lub RNA, zazwyczaj w celu leczenia różnych chorób – w tym zaburzeń genetycznych, nowotworów lub chorób przewlekłych.
- 107. Terapia Komórkami Somatycznymi** – terapia, która dotyczy:
- 1) komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom, aby zmienić charakterystykę biologiczną tych komórek lub tkanek, lub
 - 2) procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie.
- Terapia Komórkami Somatycznymi może być stosowana, aby leczyć lub diagnozować choroby lub im zapobiegać.
- 108. Terapia Limfocytami CAR T** (ang. Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy, tj. terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w laboratorium tak, by mogły znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe – poprzez dodanie genu dla specjalnego receptora (CAR) wiążącego się z określonym białkiem na komórkach nowotworowych pacjenta.
- 109. Termin Płatności Składki** – dzień, w którym masz obowiązek zapłacić Składkę Miesięczną, poprzedzający początek pierwszego i każdego kolejnego Miesiąca Rozliczeniowego.
- 110. Testy Linii Germinalnej** – badania genetyczne, które mają na celu wykrycie mutacji dziedzicznych (germinalnych) obecnych od urodzenia w każdej komórce organizmu. Celem Testu Linii Germinalnej jest identyfikacja dziedzicznych predyspozycji do określonych typów Nowotworów Złośliwych; Badanie polega na analizie próbki w postaci wymazu z jamy ustnej, próbki płwociny lub krwi.
- 111. Testy Somatyczne** – rodzaj badania genetycznego, które ma na celu wykrycie nabytych mutacji w ograniczonej grupie komórek lub tkanek. Celem Testu Somatycznego jest znalezienie czynników predykcyjnych, które mogą mieć wpływ na decyzje dotyczące leczenia. Badanie polega na analizie próbki pobranej podczas biopsji lub biopsji płynnej.
- 112. Transport Medyczny** – przejazd do Placówki Medycznej i powrót z niej odpowiednim dla Twojego stanu zdrowia środkiem transportu w celu przeprowadzenia zabiegów medycznych, badań lub rehabilitacji na podstawie zalecenia Lekarza Prowadzącego, dostosowany do Twojego stanu zdrowia i świadczony, jeśli Twój stan zdrowia w opinii Lekarza Prowadzącego lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.
- 113. Transza Kredytu** – część Kwoty Kredytu, którą PKO Bank Polski SA albo PKO Bank Hipoteczny SA wypłaca kredytobiorcy zgodnie z Umową Kredytu.
- 114. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – trwałe uszkodzenie ciała, które powstało wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w Okresie Ochrony i jest wymienione w Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku stanowiącej Załącznik nr 2 do WU. Procent uszczerbku ustalamy po utrwaleniu się stanu zdrowia.
- 115. Ubezpieczający / Ty** – osoba fizyczna, która zawarła z nami Umowę Ubezpieczenia i która ma obowiązek zapłacić składkę ubezpieczeniową.
- 116. Ubezpieczony / Ty** – osoba fizyczna, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczającym i Ubezpieczonym może być wyłącznie ta sama osoba.
- 117. Ubezpieczyciel / my / PKO Ubezpieczenia** – PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.
- 118. Udar Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym** – zdiagnozowane u Ciebie nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, które polegają na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału

pochodzenia pozaczaszkowego powodujące następstwa neurologiczne. Zaburzenia te musi rozpoznać lekarz na podstawie typowych utrwalonych objawów neurologicznych i typowych zmian w badaniu tomograficznym mózgu lub w rezonansie mózgu. Ubytek neurologiczny musi utrzymać się przez co najmniej 30 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu.

Nasza ochrona nie obejmuje:

- 1) objawów mózgowych związanych z tzw. przemijającym niedokrwieniem mózgu,
- 2) uszkodzeń mózgu w wyniku urazu,
- 3) przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (TIA), jeżeli objawy ustąpiły samoistnie do 24 godzin i niewidoczono świeżego ogniska w badaniach neuroobrazowych;
- 4) objawów mózgowych spowodowanych migreną;
- 5) skutków choroby dekompresyjnej.

- 119. Umowa Kredytu** – umowa o kredyt hipoteczny, którą zawierasz z PKO Bankiem Polskim SA albo z PKO Bankiem Hipotecznym SA.
- 120. Umowa Ubezpieczenia** – Pakiet Życie lub Pakiet Życie z Pakietami Dodatkowymi, które zawarłeś z nami na podstawie Warunków Ubezpieczenia.
- 121. Uposażony** – osoba lub osoby, które wskazujesz jako uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku Twojej śmierci.
- 122. Uraz** – uszkodzenie ciała, które jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Urazy objęte zakresem Pakietu Wypadkowego dzielimy na: Urazy Kategorii I oraz Urazy Kategorii II.
- 123. Urazy Kategorii I** – Złamanie Kości, Poważne Oparzenie, Rana Opatrzona Chirurgicznie, które są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w Okresie Ochrony.
- 124. Urazy Kategorii II** – Zwichnięcia i Skręcenia, które są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w Okresie Ochrony.
- 125. Wirtualna Konsultacja** – konsultacja realizowana za pośrednictwem Portalu Further z Lekarzem Specjalistą, której celem jest omówienie prowadzonego postępowania diagnostycznego oraz ocena dalszych działań diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy.
- 126. Wskaźnik Indeksacji** – oznacza wyższą z następujących wartości: 3% albo wartość wzrostu cen opublikowaną przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w oparciu o „średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem” ustalany corocznie do końca stycznia każdego roku kalendarzowego. Wskaźnik Indeksacji będzie podwyższał aktualną wysokość Sumy Ubezpieczenia dla podstawowej umowy ubezpieczenia (Pakiet Życie), której Rocznica Polisy przypada w okresie od 1 kwietnia roku opublikowania wskaźnika do 31 marca kolejnego roku.
- 127. Zaświadczenie o Czasowej Niezdolności do Pracy** – zaświadczenie lekarskie ZUS ZLA lub e-ZLA, które potwierdza, że wystąpiła u Ciebie Czasowa Niezdolność do Pracy.
- 128. Zatwierdzony Protokół Terapii Limfocytami CAR T** – zastosowanie Terapii Limfocytami CAR T, obejmujące pojedynczą infuzję leku oraz etapy poprzedzające infuzję, a także fazę monitorowania po infuzji, przy ścisłym przestrzeganiu wytycznych określonych w charakterystyce produktu leczniczego wydanej przez uprawniony organ w kraju, w którym protokół jest realizowany.
- 129. Zawał Serca** – jednoznaczne rozpoznanie u Ciebie zawału mięśnia sercowego – również związanego z zabiegiem na tętnicach wieńcowych – z martwicą mięśnia sercowego, potwierdzone charakterystycznym wzrostem i/lub spadkiem stężenia biomarkera sercowego we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) do poziomu uznawanego za diagnostyczny dla zawału mięśnia sercowego oraz występowaniem co najmniej jednego z następujących kryteriów:
 - 1) ostre objawy podmiotowe i przedmiotowe ze strony układu sercowo-naczyniowego, odpowiadające zawałowi serca;
 - 2) nowe zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla zawału mięśnia sercowego;
 - 3) potwierdzona badaniami obrazowymi nowa utrata żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia kurczliwości ściany serca.Zawałem Serca w rozumieniu WU nie są:
 - 1) zawał serca rozpoznany retrospektywnie jako przebyty w przeszłości, wyłącznie na podstawie zapisu EKG, badań obrazowych lub innych badań diagnostycznych;

- 2) inne ostre zespoły wieńcowe;
 - 3) dławica piersiowa oraz zespoły wieńcowe bez zawału serca.
- 130. Zawody Podwyższonego Ryzyka** – zawody, działalności zarobkowe lub czynności służbowe wykonywane na wysokości powyżej 6 metrów, pod ziemią, pod wodą, z użyciem materiałów wybuchowych, substancji niebezpiecznych, broni, ciężkiego sprzętu lub maszyn, przy instalacjach wysokiego napięcia lub wiążące się z transportem materiałów niebezpiecznych, udziałem w działaniach ratowniczych lub wojskowych.
- 131. Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które:
- 1) nie zależy od Twojej woli (ani od woli Osoby Bliskiej – dla Urazu Osoby Bliskiej),
 - 2) jest nagłe, przyszłe i niepewne,
 - 3) wystąpiło w Okresie Ochrony dla danego pakietu oraz
 - 4) jest objęte ochroną w ramach:
 - a) Pakietu Życie lub
 - b) Pakietu Dodatkowego.
- 132. Zespół Lekarsko-Ekspercki** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii współpracujących z nami w ramach Medycyny Precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Raportu Eksperckiego Medycyny Precyzyjnej.
- 133. Złamanie Kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej, które:
- 1) powstało w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) zostało rozpoznane przez lekarza specjalistę, i
 - 3) zostało potwierdzone badaniem obrazowym (np. RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa).
- W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia Złamaniem Kości nie jest złamanie związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (np. samoistne złamanie kości).
- 134. Zwichnięcie** – przemieszczenie przylegających do siebie powierzchni stawowych, które:
- 1) powstało w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) zostało rozpoznane przez lekarza specjalistę, i
 - 3) zostało potwierdzone badaniem obrazowym (np. RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa), i
 - 4) na zlecenie lekarza specjalisty wymagało nastawienia, a następnie unieruchomienia.
- W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia Zwichnięciem nie jest zwichnięcie nawykowe.

II. PAKIET ŻYCIE

PRZEDMIOT I ZAKRES

- 1. Przedmiotem podstawowej umowy ubezpieczenia jest Twoje życie.
- 2. Zakres Pakietu Życie obejmuje Twoją śmierć.
- 3. Przedmiot i zakres Pakietu Życie możesz rozszerzyć o Pakiety Dodatkowe.

ROZPOCZĘCIE OKRESU OCHRONY

- 4. Okres Ochrony dla Pakietu Życie rozpoczyna się:
 - 1) od następnego dnia po zawarciu podstawowej umowy ubezpieczenia albo
 - 2) od następnego dnia po wypłacie Kwoty Kredytu albo pierwszej Transzy Kredytu:
 - jeśli zawierasz Umowę Ubezpieczenia wraz z zawarciem Umowy Kredytu albo
 - jeśli zawierasz Umowę Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy Kredytu, ale przed wypłatą Kwoty Kredytu lub pierwszej Transzy Kredytu.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

- 5. Okres Ochrony dla Pakietu Życie skończy się, a Umowa Ubezpieczenia rozwiąże się w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,

- 2) z chwilą Twojej śmierci,
- 3) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia,
- 4) w dniu, w którym odstąpisz od Umowy Kredytu (dotyczy przypadku, gdy zawarłeś Umowę Ubezpieczenia w związku z Umową Kredytu),
- 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia – w przypadku, o którym mowa w dziale VII pkt 2 ppkt 1,
- 6) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia – w przypadku, o którym mowa w dziale VII pkt 2 ppkt 2,
- 7) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w dziale VII pkt 3,
- 8) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 80 lat.

ZAWARCIE UMOWY PODSTAWOWEJ

6. Podstawową umowę ubezpieczenia zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący nie mniej niż 5 lat.
7. Zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
8. Możemy zawrzeć podstawową umowę ubezpieczenia z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 75 lat.
9. Zawierając podstawową umowę ubezpieczenia, wybierasz wysokość Sumy Ubezpieczenia w ramach Pakietu Życie.
10. Możesz zawnioskować o zmianę wysokości Sumy Ubezpieczenia.

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Masz obowiązek opłacać składkę ubezpieczeniową co miesiąc.
2. Wysokość Składki Miesięcznej jest określona w Polisie.
3. Składka Miesięczna obejmuje składkę za podstawową umowę ubezpieczenia oraz za dodatkową umowę ubezpieczenia, o ile rozszerzysz Pakiet Życie o Pakiety Dodatkowe.
4. Termin Płatności Składki dla pierwszej Składki Miesięcznej przypada:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia albo
 - 2) w dniu wypłaty Kwoty Kredytu lub pierwszej Transzy Kredytu:
 - jeśli zawierasz Umowę Ubezpieczenia wraz z zawarciem Umowy Kredytu albo
 - jeśli zawierasz Umowę Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy Kredytu, ale przed wypłatą Kwoty Kredytu lub pierwszej Transzy Kredytu.
5. Kolejne Składki Miesięczne masz obowiązek płacić w kolejnych miesiącach, w Terminie Płatności Składki.
6. Jeśli nie opłacisz Składki Miesięcznej w Terminie Płatności Składki, wezwiemy Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni, pod rygorem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
7. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od:
 - 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 2) Twojego wieku na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) wysokości Sumy Ubezpieczenia i wysokości Świadczeń,
 - 4) zakresu ochrony i jego zmian w Okresie Ochrony,
 - 5) indeksacji,
 - 6) Okresu Ochrony.

IV. INDEKSACJA W PAKIECIE ŻYCIE

1. Jeśli zawarłeś podstawową umowę ubezpieczenia na okres dłuższy niż 5 lat, proponujemy Ci indeksację od pierwszej Rocznicy Polisy. Indeksacja jest dobrowolna, możesz z niej zrezygnować.

2. Indeksacja polega na podwyższeniu dotychczasowej Sumy Ubezpieczenia o Wskaźnik Indeksacji. Indeksacja zapobiega utracie wartości Sumy Ubezpieczenia przez inflację.
3. Wskaźnik Indeksacji stosujemy do podstawowej umowy ubezpieczenia, której Rocznicą Polisy wypada od 1 kwietnia roku publikacji wskaźnika do 31 marca kolejnego roku.
4. Indeksacja powoduje wzrost składki za Pakiet Życie. Nową wysokość składki obliczamy w oparciu o:
 - 1) różnicę pomiędzy wysokością Sumy Ubezpieczenia po indeksacji i przed indeksacją,
 - 2) Twój wiek w dniu indeksacji,
 - 3) czas, jaki pozostał do końca Okresu Ochrony dla Pakietu Życie,
 - 4) wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego z dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
5. Propozycję indeksacji złożymy Ci najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą Polisy. Wskażemy w niej nową wysokość Sumy Ubezpieczenia oraz składki.
6. Jeżeli chcesz skorzystać z indeksacji, poinformuj nas o tym w terminie i sposób wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, nie wprowadzimy indeksacji, Suma Ubezpieczenia i składka pozostaną niezmienione.
7. Jeżeli zrezygnujesz z indeksacji w danym roku, nie pozbawia Cię to prawa do indeksacji w kolejnych latach.
8. Nie zaproponujemy indeksacji, jeżeli:
 - 1) zawarłeś podstawową umowę ubezpieczenia na 5 lat,
 - 2) złożyłeś wniosek o zmianę Sumy Ubezpieczenia później, niż 6 miesięcy przed Rocznicą Polisy.

V. POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO



Dla Umów Ubezpieczenia, których Rocznicą Polisy przypada w okresie od 1 stycznia 2027 r. do 31 marca 2027 r. zastosowanie będzie miał Wskaźnik Indeksacji ustalony w 2026 r.

Dla Umów Ubezpieczenia, których Rocznicą Polisy przypada w okresie od 1 kwietnia 2027 r. do 31 marca 2028 r. zastosowanie będzie miał Wskaźnik indeksacji ustalony w 2027 r.

1. Jeśli wystąpi Zdarzenie Ubezpieczeniowe, należy nas o tym zawiadomić. Im szybciej otrzymamy zawiadomienie, tym szybciej będziemy mogli zająć się rozpatrzeniem wniosku o Świadczenie.
2. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym:
 - 1) informujemy Cię o tym – jeśli nie Ty jesteś osobą, która nas zawiadomiła o tym zdarzeniu,
 - 2) rozpoczniemy postępowanie, które dotyczy ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, oraz
 - 3) informujemy osobę, która wystąpiła z roszczeniem – pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę – jakie dokumenty są niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia i jeśli jest to konieczne do prowadzenia dalszego postępowania.
3. Mamy obowiązek zrealizować Świadczenie w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym. Jeśli jednak w tym terminie ustalenie okoliczności koniecznych do określenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazałoby się niemożliwe, zrealizujemy Świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności będzie możliwe.



Świadczenie realizujemy w ciągu 30 dni. Termin ten może się wydłużyć wyłącznie w okolicznościach, o których piszemy w dziale V w pkt 3.

4. Jeśli w terminach określonych w pkt 3 nie zrealizujemy Świadczenia, zawiadomimy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
5. Jeśli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu:
 - 1) poinformujemy o tym na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie,
 - 2) wskażemy okoliczności oraz podstawę prawną, które uzasadniają całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia oraz
 - 3) pouczymy osobę zgłaszającą roszczenie, że może dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
6. Mamy obowiązek udostępnić: Tobie, osobie zgłaszającej roszczenie, Uposażonemu lub innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia informacje i dokumenty, które zgromadziliśmy, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez nas udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia przez nas ich zgodności z oryginałem. Te informacje i dokumenty możemy, na żądanie, udostępnić w postaci elektronicznej.

VI. ŚWIADCZENIA Z PAKIETU ŻYCIE

1. Świadczenie jest równe Sumie Ubezpieczenia wskazanej w Polisie.
2. W Pakiecie Życie prawo do Świadczenia w przypadku Twojej śmierci ma Uposażony albo inny uprawniony. Możesz dowolnie wskazać, zmienić lub odwołać Uposażonego.
3. Jeśli w chwili Twojej śmierci nie ma osoby uprawnionej do otrzymania całości lub części Świadczenia, zgodnie z Twoim oświadczeniem, wówczas to Świadczenie lub jego należną część wypłacimy następującym uprawnionym – według kolejności:
 - 1) Twojemu małżonkowi – w całości,
 - 2) Twoim dzieciom – w częściach równych,
 - 3) Twoim rodzicom – w częściach równych,
 - 4) Twojemu rodzeństwu – w częściach równych – albo
 - 5) pozostałym osobom, które są Twoimi spadkobiercami ustawowymi – bez gminy i Skarbu Państwa, przy czym, Świadczenie wypłacimy kolejnej osobie z tej listy wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w poprzednich punktach nie żyła dłużej od Ciebie lub – zgodnie z pkt 4 – nie jest uprawniona do otrzymania tego Świadczenia.
4. Nie wypłacimy Świadczenia osobie, która umyślnie przyczyni się do Twojej śmierci.
5. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie w przypadku Twojej śmierci, Uposażony lub inna osoba uprawniona powinna przekazać nam następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby, która jest uprawniona do wypłaty Świadczenia,
 - 3) skrócony akt Twojego zgonu,
 - 4) kartę Twojego zgonu lub dokumentację medyczną, która wskazuje na przyczynę śmierci, o ile jest w posiadaniu tych dokumentów,
 - 5) w przypadku osób, o których mowa w pkt 3: aktualny akt małżeństwa (ppkt 1)), dokument potwierdzający pokrewieństwo (ppkt 2)–4)) albo dokument potwierdzający nabycie prawa do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym (ppkt 5)).
6. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia.
7. Jeśli do śmierci doszło w następstwie nieszczęśliwego wypadku, dodatkowo Uposażony lub inna osoba uprawniona powinna przekazać nam informacje o okolicznościach zajścia tego wypadku.



Pakiet Życie, wysokość Sumy Ubezpieczenia = 200 000 zł

Pan Stanisław umiera w okresie ochrony. Wskazał żonę jako uposażoną w 100%. Wypłacamy jej świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia, czyli 200 000 zł. Gdyby Pan Stanisław nie wskazał nikogo, świadczenie otrzymaliby uprawnieni w kolejności wskazanej w dziale VI pkt 3 – najpierw małżonek (w całości), w przypadku braku małżonka – dzieci (w częściach równych).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

8. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twoją śmierć, jeśli zdarzenie jest następstwem:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego lub zanieczyszczenia lub skażenia radioaktywnego, biologicznego lub chemicznego,
 - 2) Twojego czynnego udziału w zamieszkach, Aktach Terroryzmu lub innych aktach przemocy,
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ciebie,
 - 4) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że przyjmujesz te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,
 - 5) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji bez uprawnień wymaganych przez przepisy prawa,
 - 6) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji, który nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami prawa,
 - 7) uprawiania przez Ciebie: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi; jazdy bobslejem; kolarstwa ekstremalnego; sportów walki; wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu; speleologii; skoków bungee; zorbingu; wyścigów, rajdów lub akrobacji: motorowych lub motorowodnych; wyścigów konnych; górskich spływów wodnych; nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 40 metrów); skoków do wody; żeglarstwa morskiego lub oceanicznego; paralotniarstwa; szybownictwa; baloniarstwa; lotniarstwa; motolotniarstwa; spadochroniarstwa; myślistwa; oraz wypraw na bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego.
9. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twoją śmierć, jeśli będzie ona skutkiem:
 - 1) Twojego samobójstwa popełnionego w ciągu 12 miesięcy od zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) wypadku lotniczego, w którym uczestniczyłeś jako pasażer lub członek załogi statku powietrznego – chyba że był to samolot należący do przewoźnika lotniczego, wykonującego przewozy lotnicze na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
10. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem podstawowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz podstawową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
11. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 10 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 10, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany podstawową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli jednak do Zdarzenia Ubezpieczeniowego – Twojej śmierci – doszło po upływie trzech lat od zawarcia podstawowej umowy ubezpieczenia, wówczas nie możemy podnieść zarzutu, że przy zawieraniu podstawowej umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została Twoja choroba.

VII. ODSĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Możesz odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od:
 - 1) zawarcia Umowy Ubezpieczenia – jeśli została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli Umowa Ubezpieczenia została zawarta na odległość.
2. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia. Wówczas Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia po 30 dniach od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
3. Uznamy również, że Umowa Ubezpieczenia została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
4. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
5. Jeśli Umowa Ubezpieczenia rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę – pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
6. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia w zakresie Pakietu Życie i Pakietów Dodatkowych. Warunki odstąpienia od Pakietów Dodatkowych i wypowiedzenia Pakietów Dodatkowych, które zawarłeś z nami na podstawie Warunków Ubezpieczenia, opisujemy w Działach dotyczących tych pakietów.

VIII. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. W sprawie usług, które świadczymy lub naszej działalności Ty, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia (dalej: "klient") możecie złożyć:
 - 1) reklamację – w rozumieniu Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej z dnia 5 sierpnia 2015 r.,
 - 2) skargę lub
 - 3) zażalenie.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
 - 1) na piśmie – w postaci papierowej:
 - a) osobiście w każdej naszej jednostce obsługującej klientów, albo
 - b) wysyłając:
 - przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów Prawa pocztowego na adres: PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Świętokrzyska 36, 00-116 Warszawa, albo
 - w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej;
 - 2) na piśmie – w postaci elektronicznej:
 - a) przez formularz reklamacyjny dostępny na www.pkoubezpieczenia.pl w sekcji Reklamacje, albo
 - b) wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-22134-25165-BEHIS-28, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych;

- 3) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem +48 801 231 500 lub +48 22 541 08 92 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora), wskazanym na www.pkoubezpieczenia.pl, albo
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
3. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć również za pośrednictwem naszego agenta ubezpieczeniowego – w sposób udostępniony przez tego agenta.
4. Odpowiedzi na reklamację, skargę lub zażalenie udzielimy bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeśli w tym czasie nie będziemy mogli ustalić okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia:
 - 1) powiadomimy o tym klienta składającego reklamację, skargę lub zażalenie,
 - 2) wyjaśnimy przyczynę opóźnienia oraz wskażemy okoliczności, które musimy ustalić, żeby rozpatrzyć sprawę,
 - 3) określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, nie późniejszy niż 60 dni od dnia ich otrzymania.
5. Odpowiedzi na reklamację, skargę lub zażalenie udzielimy na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – jeśli klient złożył reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie w postaci elektronicznej – chyba że wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej.
Odpowiedź prześlemy:
 - a) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej, w szczególności adresu poczty elektronicznej klienta;
 - b) na adres klienta do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – jeśli reklamację, skargę lub zażalenie wysłano na adres do doręczeń elektronicznych;
 - 2) w postaci papierowej – jeśli klient złożył reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie w postaci papierowej – chyba że wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta, jeśli złożył reklamację, skargę lub zażalenie ustnie.
6. Jeśli reklamację, skargę lub zażalenie złożył podmiot inny niż osoba fizyczna, odpowiedzi udzielimy w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
7. Informacje o tym, jak składać reklamacje i jak je rozpatrujemy, znajdują się na naszej stronie www.pkoubezpieczenia.pl.
8. Klient, który jest osobą fizyczną i który wyczerpał u nas drogę postępowania reklamacyjnego, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl) o interwencję w sprawie lub o pozasądowe rozwiązanie sporu. Jest to zgodne z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.
9. Klient, który jest konsumentem, może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawo polskie jest podstawą dla zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia.
2. W relacjach z konsumentem stosujemy język polski.
3. Powództwo o roszczenie z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby – Twojej, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
5. Korespondencję związaną z Umową Ubezpieczenia wysyłamy pod ostatni znany adres adresata. Zarówno Ty, jak my mamy obowiązek niezwłocznie i wzajemnie informować się o zmianie swoich danych adresowych.

6. Jeśli w tych Warunkach Ubezpieczenia nie jest napisane inaczej, wszystkie zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawarciem i realizacją Umowy Ubezpieczenia mogą być składane w formie pisemnej lub dokumentowej.
7. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia naszemu agentowi uznajemy za złożone nam, jeśli zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku – w rozumieniu art. 2 ust. 4 ustawy o prawach konsumenta.
8. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, roszczenia uprawnionych są objęte ustawowymi gwarancjami wypłat z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
10. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. znajduje się na stronie www.pkoubezpieczenia.pl oraz w naszej siedzibie.
11. Świadczenia podlegają przepisom podatkowym, które obowiązują w dniu realizacji danego Świadczenia.

PAKIETY DODATKOWE

X. PAKIET ZDROWIE

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Zdrowie zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Zdrowie z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 65 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakietu Zdrowie jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Zdrowie obejmuje:
 - 1) Poważne Zachorowanie (Zawał Serca albo Udar Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym albo pierwsze w życiu zachorowanie na Nowotwór Złośliwy),
 - 2) Nowotwór in situ,
 - 3) Operację Plastyczną po leczeniu Nowotworu Złośliwego.
8. Przedmiot i zakres Pakietu Zdrowie możesz rozszerzyć o Pakiet Zdrowie Premium.
9. Pakiet Zdrowie Premium obejmuje Poważne Zachorowania. Ich definicje i wysokości Świadczeń wskazane są w Załączniku nr 1 do WU.

OKRES OCHRONY

10. Okres Ochrony dla Pakietu Zdrowie wskazujemy w Polisie.
11. Dla Poważnych Zachorowań oraz Nowotworu in situ stosujemy Karencję, co oznacza, że przez 90 dni od następnego dnia po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie wyłączamy naszą odpowiedzialność.
12. Jeśli rozszerzysz Pakiet Zdrowie o Pakiet Zdrowie Premium, to dla Poważnych Zachorowań z Pakietu Zdrowie Premium – w Okresie Ochrony przypadającym w ciągu 90 dni od następnego dnia po zawarciu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Poważnego Zachorowania w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z Pakietu Zdrowie Premium.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

13. Okres Ochrony w Pakiecie Zdrowie i Pakiecie Zdrowie Premium skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Zdrowie;
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia;
 - 3) z chwilą Twojej śmierci;
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie,
 - 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie – w przypadku, o którym mowa w pkt 45 ppkt 1,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie – w przypadku, o którym mowa w pkt 45 ppkt 2,
 - 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 46,
 - 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 70 lat;
 - 10) z dniem wyczerpania Sumy Ubezpieczenia w Pakiecie Zdrowie i Pakiecie Zdrowie Premium, przy czym:
 - a) w Pakiecie Zdrowie wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia następuje:
 - dla Poważnego Zachorowania z Pakietu Zdrowie – w Dniu Zajścia tego Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - dla Nowotworu in situ – w Dniu Zajścia tego Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - dla Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego – w Dniu Zajścia tego Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub z Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego – Poważnego Zachorowania innego niż Nowotwór Złośliwy, w zależności od tego który termin nastąpi wcześniej;
 - b) w Pakiecie Zdrowie Premium wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia następuje dla Poważnego Zachorowania z Pakietu Zdrowie Premium – w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu którego zostało wypłacone Świadczenie wyczerpujące Sumę Ubezpieczenia, o której mowa w pkt 40.

ODNOWIENIE PAKIETU

14. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Zdrowie, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Zdrowie nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
15. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Zdrowie przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki.
16. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
17. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Zdrowie, poinformuj nas o tym w sposób i w terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Zdrowie zakończy się z upływem okresu, na jaki został zawarty.

18. Jeśli odnowisz Pakiet Zdrowie lub Pakiet Zdrowie rozszerzony o Pakiet Zdrowie Premium, dla odnowionej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie zastosujemy Karencji.

ŚWIADCZENIA Z PAKIETU ZDROWIE

19. Wysokość Świadczeń oraz Suma Ubezpieczenia są wskazane w Polisie.
20. W Pakiecie Zdrowie masz prawo do Świadczenia jeśli wystąpi u Ciebie:
- 1) Poważne Zachorowanie (tj. Zawał Serca albo Udar Mózgu z Ubytkiem Neurologicznym albo pierwsze w życiu zachorowanie na Nowotwór Złośliwy), lub
 - 2) Nowotwór in situ,
21. Dodatkowo obejmujemy Cię ochroną na wypadek konieczności przeprowadzenia Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego.
22. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego, Nowotworu in situ lub Poważnego Zachorowania z Pakietu Zdrowie możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
23. Będziesz mieć prawo do jednego Świadczenia z tytułu Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego, tylko jeśli uznamy ten Nowotwór Złośliwy za Poważne Zachorowanie z Pakietu Zdrowie.
24. W Okresie Ochrony dla Pakietu Zdrowie odpowiadamy za jedno Poważne Zachorowanie i za jeden Nowotwór in situ.
25. Świadczenie za Poważne Zachorowanie, Nowotwór in situ oraz Operację Plastyczną po leczeniu Nowotworu Złośliwego wypłacamy jednorazowo.
26. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
27. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Poważne Zachorowanie, prześlij nam następujące dokumenty:
- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania,
 - 4) w przypadku Nowotworu Złośliwego – wyniki badania histopatologicznego albo innego badania specjalistycznego potwierdzającego rozpoznanie Nowotworu Złośliwego – w przypadku, gdy przeprowadzenie badania histopatologicznego jest z medycznego punktu widzenia niemożliwe.
28. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Nowotwór in situ, prześlij nam następujące dokumenty:
- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) wyniki badania histopatologicznego lub cytologicznego potwierdzającego wystąpienie Nowotworu in situ.
29. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Operację Plastyczną po leczeniu Nowotworu Złośliwego, prześlij nam następujące dokumenty:
- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza przeprowadzenie Operacji Plastycznej po leczeniu Nowotworu Złośliwego.
30. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia.

ŚWIADCZENIA Z PAKIETU ZDROWIE PREMIUM – ROZSZERZENIA PAKIETU ZDROWIE

31. Jeśli rozszerzysz Pakiet Zdrowie o Pakiet Zdrowie Premium, zakres ubezpieczenia obejmuje dodatkowo Poważne Zachorowania wskazane w Załączniku nr 1 do WU.
32. Wysokość Świadczeń jest wskazana w Polisie.
33. Suma Ubezpieczenia w Pakiecie Zdrowie Premium jest w takiej samej wysokości jak w Pakiecie Zdrowie i jest wskazana w Polisie.

34. W Pakiecie Zdrowie Premium masz prawo do Świadczenia, jeśli wystąpi u Ciebie Poważne Zachorowanie wskazane w Załączniku nr 1 do WU.
35. W Okresie Ochrony dla Pakietu Zdrowie Premium za dane Poważne Zachorowanie wskazane w Załączniku nr 1 do WU odpowiadamy tylko jeden raz. Za to samo Poważne Zachorowanie uznajemy zachorowanie o tym samym rozpoznaniu, określonym tym samym Kodem ICD-10, a także wszystkie jego nawroty i następstwa wynikające z tej samej przyczyny.
36. Za Poważne Zachorowania wskazane w Załączniku nr 1 do WU wypłacimy Świadczenia w wysokości: 10%, 25%, 50%, 75% albo 100% Sumy Ubezpieczenia.
37. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
38. W ramach Pakietu Zdrowie Premium możesz otrzymać Świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie objęte Pakietem Zdrowie Premium i wskazane w Załączniku nr 1 do WU, aż do wykorzystania 100% Sumy Ubezpieczenia Pakietu Zdrowie Premium, niezależnie od wypłaty Świadczenia w ramach Pakietu Zdrowie.
39. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania wskazane w Załączniku nr 1 do WU, możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
40. Każda wypłata Świadczenia z Pakietu Zdrowie Premium pomniejsza Sumę Ubezpieczenia o wypłaconą kwotę. Jeżeli kolejne należne Świadczenie przewyższa Sumę Ubezpieczenia pozostałą po dotychczasowych wypłatach, Świadczenie wypłacimy jedynie do wysokości pozostałej Sumy Ubezpieczenia. Z chwilą wyczerpania Sumy Ubezpieczenia (do 100% jej wysokości), Pakiet Zdrowie Premium wygasa i nie wypłacimy dalszych Świadczeń z tego pakietu.



Pan Jan rozszerzył Pakiet Zdrowie o Pakiet Zdrowie Premium z Sumą Ubezpieczenia w wysokości 100 000 zł. Za zawał serca (poważne zachorowanie objęte Pakietem Zdrowie), który zdiagnozowano u niego wypłaciliśmy 100 000 zł, co oznacza, że tym samym wyczerpała się Suma Ubezpieczenia Pakietu Zdrowie (100% SU). Za późniejsze przeprowadzenie u Pana Jana angioplastyki tętnic wieńcowych (Pakiet Zdrowie Premium, poziom 50% Sumy Ubezpieczenia) wypłaciliśmy 50 000 zł. Za kolejne Poważne Zachorowanie, wszczęcie układu stymulującego serce (Pakiet Zdrowie Premium, poziom 25% Sumy Ubezpieczenia) wypłaciliśmy 25 000 zł. Łącznie z tytułu poważnych zachorowań objętych Pakietem Zdrowie i Pakietem Zdrowie Premium wypłaciliśmy Panu Janowi 175 000 zł. Co ważne, w Pakiecie Zdrowie Premium pozostaje jeszcze 25% Sumy Ubezpieczenia (25 000 zł) do ewentualnego wykorzystania na kolejne Poważne Zachorowania objęte tym pakietem.

41. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Poważne Zachorowanie, prześlij nam:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) dokumentację medyczną, która potwierdza Poważne Zachorowanie.
42. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W PAKIECIE ZDROWIE I PAKIECIE ZDROWIE PREMIUM

43. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twoje Poważne Zachorowanie, jeśli jest następstwem:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego lub zanieczyszczenia lub skażenia radioaktywnego, biologicznego lub chemicznego,
 - 2) Twojego czynnego udziału w zamieszkach, Aktach Terroryzmu lub innych aktach przemocy,
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ciebie,
 - 4) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że

- przyjmujesz te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,
- 5) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji bez uprawnień wymaganych przez przepisy prawa,
 - 6) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji, który nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami prawa,
 - 7) uprawiania przez Ciebie: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi; jazdy bobslejem; kolarstwa ekstremalnego; sportów walki; wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu; speleologii; skoków bungee; zorbingu; wyścigów, rajdów lub akrobacji: motorowych lub motorowodnych; wyścigów konnych; górskich spływów wodnych; nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 40 metrów); skoków do wody; żeglarstwa morskiego lub oceanicznego; paralotniarstwa; szybownictwa; baloniarstwa; lotniarstwa; motolotniarstwa; spadochroniarstwa; myślistwa; oraz wypraw na bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego,
 - 8) wypadku lotniczego, w którym uczestniczyłeś jako pasażer lub członek załogi statku powietrznego – chyba że był to samolot należący do przewoźnika lotniczego, wykonującego przewozy lotnicze na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego,
 - 9) usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa,
 - 10) Twoich samookaleczeń lub okaleczeń wykonanych u Ciebie na Twoje zlecenie,
 - 11) Twojego nosicielstwa wirusa HIV i leczenia u Ciebie wszelkich chorób będących następstwem tego faktu, w tym wystąpienia pełnoobjawowego AIDS.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU ZDROWIE, WYPOWIEDZENIE PAKIETU ZDROWIE

44. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie w ciągu 30 dni od:
 - 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
45. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Zdrowie. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Zdrowie rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
46. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Zdrowie została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
47. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
48. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
49. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
50. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie obejmuje również rozszerzenie Pakietu Zdrowie o Pakiet Zdrowie Premium.
51. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie obejmuje również rozszerzenie Pakietu Zdrowie o Pakiet Zdrowie Premium.

52. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Zdrowie rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Zdrowie w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.



Po wypłacie świadczenia za Poważne Zachorowanie, Nowotwór in situ lub za Operację Plastyczną Po Leczeniu Nowotworu Złośliwego objętych Pakietem Zdrowie i Pakietem Zdrowie Premium przez 12 miesięcy możesz korzystać z Modułu Powrót do Zdrowia. Organizujemy m.in. konsultacje lekarskie, rehabilitację i badania obrazowe, możesz też korzystać z Programu Aptecznego (do 1 000 zł). W ramach Modułu Powrót do Zdrowia pokrywamy koszty usług i świadczeń do łącznej kwoty 10 000 zł na Zdarzenie Ubezpieczeniowe. Świadczenia organizujemy w Polsce.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

53. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XI. PAKIET WYPADKOWY

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 75 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmiemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy jest Twoje zdrowie. Jeśli rozszerzysz Pakiet Wypadkowy o Uraz Osoby Bliskiej – przedmiotem ubezpieczenia są również inne zdarzenia w Twoim życiu.
7. Zakres ubezpieczenia obejmuje Uraz, jaki wystąpi u Ciebie oraz – jeśli rozszerzysz Pakiet Wypadkowy o Uraz Osoby Bliskiej – Uraz jaki wystąpi u Osoby Bliskiej.

OKRES OCHRONY

8. Okres Ochrony dla Pakietu Wypadkowego wskazujemy w Polisie.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

9. Okres Ochrony dla Pakietu Wypadkowego skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:

- 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Wypadkowy,
- 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
- 3) z chwilą Twojej śmierci,
- 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
- 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy,
- 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy – w przypadku, o którym w pkt 28 ppkt 1,
- 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy – w przypadku, o którym mowa w pkt 28 ppkt 2,
- 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 29,
- 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 80 lat,
- 10) w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Świadczenie wykorzystujące łączny limit Świadczeń dla tego pakietu.

ODNOWIENIE PAKIETU

10. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Wypadkowego, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Wypadkowego nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
11. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Wypadkowego przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki.
12. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
13. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Wypadkowego, poinformuj nas o tym w sposób i w terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Wypadkowego zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.

ŚWIADCZENIA Z PAKIETU WYPADKOWEGO

14. Wysokość Świadczeń oraz Suma Ubezpieczenia są wskazane w Polisie.
15. W Pakiecie Wypadkowym masz prawo do Świadczenia, jeśli doznasz Urazu, ale jeśli rozszerzysz ochronę ubezpieczeniową o Uraz Osoby Bliskiej, masz prawo do Świadczenia również z powodu tego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
16. Urazy dzielimy na Urazy Kategorii I i Urazy Kategorii II, dla których wskazujemy odrębne wysokości Świadczenia. Wysokości Świadczeń dla Urazów Kategorii I oraz Urazów Kategorii II są wskazane w Polisie.
17. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Twojego Urazu Kategorii I lub Twojego Urazu Kategorii II, możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
18. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
19. W Okresie Ochrony dla Pakietu Wypadkowego odpowiadamy maksymalnie za 10 Twoich Urazów Kategorii I i maksymalnie 10 Twoich Urazów Kategorii II.
20. Jeśli w związku z tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem wystąpi u Ciebie więcej niż jeden Uraz tej samej kategorii, wypłacimy tylko jedno Świadczenie – za jeden Uraz.
21. Jeśli rozszerzyłeś ochronę o Uraz Osoby Bliskiej, to w Okresie Ochrony dla Pakietu Wypadkowego odpowiadamy również za maksymalnie 10 Urazów Kategorii I Osoby Bliskiej oraz maksymalnie 10 Urazów Kategorii II Osoby Bliskiej.
22. Abyśmy mogli wypłacić świadczenie za Twój Uraz lub Uraz Osoby Bliskiej, prześlij nam następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,

- 3) dokumentację medyczną, która potwierdza, że wystąpił Uraz – odpowiednio u Ciebie lub Osoby Bliskiej
 - 4) w przypadku Urazu Osoby Bliskiej – dokument, który potwierdza Twoje pokrewieństwo z Osobą Bliską lub akt małżeństwa - jeśli Osobą Bliską jest współmałżonek.
23. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia.
24. Dodatkowo przekaz nam informację o okolicznościach wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, który jest przyczyną Urazu odpowiednio – Twojego lub Osoby Bliskiej.



Pani Maria zdecydowała się na Pakiet Wypadkowy z Sumą Ubezpieczenia w wysokości 50 000 zł, co oznacza, że za Uraz Kategorii I jej świadczenie wynosi 5 000 zł, a za Uraz Kategorii II - 2 500 zł. Pani Maria w wyniku jednego Nieszczęśliwego Wypadku doznaje złamania kości (Uraz Kategorii I) oraz skręcenia (Uraz Kategorii II). Wyplacamy 5 000 zł za Uraz Kategorii I i 2 500 zł za Uraz Kategorii II, czyli łącznie 7 500 zł. Gdyby oba urazy należały do tej samej kategorii, za jeden wypadek wypłacilibyśmy Pani Marii tylko jedno Świadczenie. W okresie ochrony wypłacamy najwyżej 10 Świadczeń za Urazy Kategorii I oraz 10 świadczeń za Urazy Kategorii II.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

25. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twój Uraz, jeśli zdarzenie jest następstwem:
- 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego lub zanieczyszczenia lub skażenia radioaktywnego, biologicznego lub chemicznego,
 - 2) Twojego czynnego udziału w zamieszkach, Aktach Terroryzmu lub innych aktach przemocy,
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ciebie,
 - 4) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że przyjmujesz te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,
 - 5) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji bez uprawnień wymaganych przez przepisy prawa,
 - 6) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji, który nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami prawa,
 - 7) uprawiania przez Ciebie: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi; jazdy bobslejem; kolarstwa ekstremalnego; sportów walki; wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu; speleologii; skoków bungee; zorbingu; wyścigów, rajdów lub akrobacji: motorowych lub motorowodnych; wyścigów konnych; górskich spływów wodnych; nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 40 metrów); skoków do wody; żeglarstwa morskiego lub oceanicznego; paralotniarstwa; szybownictwa; baloniarstwa; lotniarstwa; motolotniarstwa; spadochroniarstwa; myślistwa; oraz wypraw na bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego.
26. Nie ponosimy odpowiedzialności za Uraz Osoby Bliskiej, jeśli zdarzenie jest następstwem:
- 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego lub zanieczyszczenia lub skażenia radioaktywnego, biologicznego lub chemicznego,
 - 2) czynnego udziału Osoby Bliskiej w zamieszkach, Aktach Terroryzmu lub innych aktach przemocy,
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Osobę Bliską,
 - 4) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Osobę Bliską, użycia przez Osobę Bliską środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – niezależnie od drogi ich podania – chyba że Osoba Bliska przyjmuje te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,

- 5) prowadzenia przez Osobę Bliską pojazdu lub innego środka lokomocji bez uprawnień wymaganych przez przepisy prawa,
- 6) prowadzenia przez Osobę Bliską pojazdu lub innego środka lokomocji, który nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami prawa
- 7) uprawiania przez Osobę Bliską: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi; jazdy bobslejem; kolarstwa ekstremalnego; sportów walki; wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu; speleologii; skoków bungee; zorbingu; wyścigów, rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych; wyścigów konnych; górskich spływów wodnych; nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 40 metrów); skoków do wody; żeglarstwa morskiego lub oceanicznego; paralotniarstwa; szybownictwa; baloniarstwa; lotniarstwa; motolotniarstwa; spadochroniarstwa; myślistwa; oraz wypraw na bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU WYPADKOWEGO, WYPOWIEDZENIE PAKIETU WYPADKOWEGO

27. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy w ciągu 30 dni od:
 - 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
28. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
29. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
30. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
31. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
32. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
33. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Wypadkowy w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

34. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XII. PAKIET CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 60 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy obejmuje Twoją Czasową Niezdolność do Pracy.

OKRES OCHRONY

8. Okres Ochrony dla Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy wskazujemy w Polisie.
9. Dla Czasowej Niezdolności do Pracy stosujemy Karencję, co oznacza, że przez 60 dni od następnego dnia po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Czasowej Niezdolności do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

10. Okres Ochrony w Pakiecie Czasowa Niezdolność do Pracy skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci,
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy,
 - 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy – w przypadku, o którym mowa w pkt 28 ppkt 1,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy – w przypadku, o którym mowa w pkt 28 ppkt 2,
 - 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 29,
 - 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 65 lat,
 - 10) z dniem wykorzystania łącznego limitu Świadczeń dla tego pakietu.

ODNOWIENIE PAKIETU

11. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
12. W propozycji odnowienia okresu ochrony dla Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki.
13. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
14. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy, poinformuj nas o tym w sposób i w terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.
15. Jeśli odnowisz Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy, dla odnowionej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie zastosujemy Karencji.

ŚWIADCZENIA W PAKIECIE CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

16. Wysokość Świadczenia jest wskazana w Polisie.
17. W Pakiecie Czasowa Niezdolność do Pracy masz prawo do Świadczenia, jeśli wystąpi u Ciebie Czasowa Niezdolność do Pracy.
18. Świadczenie za Czasową Niezdolność do Pracy jest należne po 30 dniach nieprzerwanej Czasowej Niezdolności do Pracy.
19. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
20. Z tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego Czasowej Niezdolności do Pracy możemy wypłacić kolejne Świadczenia za 30-dniowe okresy Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy, jeśli okres Czasowej Niezdolności do Pracy będzie trwał w Okresie Ochrony dla tego pakietu nieprzerwanie przez kolejne 30-dniowe okresy.
21. W całym Okresie Ochrony dla Pakietu Czasowa Niezdolność do Pracy wypłacimy do 12 Świadczeń za Twoją Czasową Niezdolność do Pracy.
22. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Czasową Niezdolność do Pracy, przekaz nam następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) Zaświadczenie o Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy oraz
 - 4) dokumentację medyczną, która potwierdza przyczynę Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy – o ile posiadasz te dokumenty – lub adres placówki medycznej, do której zwrócimy się w celu potwierdzenia przyczyny Czasowej Niezdolności do Pracy.
23. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia.
24. Jeśli przyczyną Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy jest Nieszczęśliwy Wypadek, dodatkowo przekaz nam informacje o okolicznościach wystąpienia tego wypadku.
25. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Twojej Czasowej Niezdolności do Pracy, możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia. W przypadku, gdy Twoja Czasowa Niezdolność do Pracy trwa dłużej niż 30 dni, masz prawo korzystać z Modułu Powrót do Zdrowia po wypłacie pierwszego Świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

26. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twoją Czasową Niezdolność do Pracy, jeśli ta niezdolność jest następstwem:
 - 1) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że przyjmujesz te środki w ramach zalecanej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,

- 2) wykonywanej przez Ciebie pracy w służbach mundurowych lub w siłach zbrojnych (nie dotyczy jeśli jesteś pracownikiem sił zbrojnych lub mundurowych, ale pracujesz w administracji lub należysz do personelu pomocniczego),
- 3) Cięży,
- 4) Chorób Psychicznych,
- 5) Chorób Układu Mięśniowo-Szkieletowego.



W Pakiecie Czasowa Niezdolność do Pracy Pani Agnieszka zdecydowała się na Sumę Ubezpieczenia w wysokości 24 000 zł. Niezdolność do pracy Pani Agnieszki z powodu choroby trwała nieprzerwanie 75 dni. Po pierwszych 30 dniach niezdolności do pracy potwierdzonej zwolnieniem lekarskim wypłaciliśmy Pani Agnieszce 2 000 zł. Po kolejnych 30 dniach trwania niezdolności do pracy (co w sumie stanowi łącznie 60 dni) wypłaciliśmy drugie świadczenie w wysokości 2 000 zł. Za ostatnie 15 dni niezdolności do pracy nie wypłacimy Pani Agnieszce świadczenia, bo nie upłynął kolejny pełny 30-dniowy okres. Łącznie wypłacamy Pani Agnieszce 4 000 zł.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, WYPOWIEDZENIE PAKIETU CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

27. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy w ciągu 30 dni od:
 - 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość, w zależności od tego, który termin jest późniejszy, jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
28. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
29. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
30. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
31. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
32. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
33. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Czasowa Niezdolność do Pracy w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

34. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XIII. PAKIET TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisé.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 75 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku obejmuje Twój Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wymieniony w Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i oceniany zgodnie z tą tabelą.
8. Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku stanowi Załącznik nr 2 do WU.

OKRES OCHRONY

9. Okres Ochrony dla Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wskazujemy w Polisie.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

10. Okres Ochrony w Pakiecie Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci,
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,

- 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, o którym mowa w pkt 26 ppkt 1,
- 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, o którym mowa w pkt 26 ppkt 2,
- 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 27,
- 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 80 lat,
- 10) w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z tytułu którego zostało wypłacone Świadczenie wykorzystujące Sumę Ubezpieczenia, o której mowa w pkt 18.

ODNOWIENIE PAKIETU

11. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
12. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki.
13. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
14. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, poinformuj nas o tym w sposób i w terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.

ŚWIADCZENIA W PAKIECIE TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

15. Wysokość Świadczeń i Sumy Ubezpieczenia jest wskazana w Polisie.
16. W Pakiecie Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku masz prawo do Świadczenia, jeśli w Okresie Ochrony dla tego pakietu:
 - 1) doznasz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, który jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 2) jest wymieniony w Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
17. Jeżeli przed objęciem ochroną istniał już uszczerbek dotyczący tej samej części ciała lub funkcji organizmu, wysokość Świadczenia ustalamy wyłącznie w zakresie przyrostu uszczerbku spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem zaistniałym w Okresie Ochrony dla tego pakietu.
18. Za Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wypłacimy Świadczenia o łącznej wartości maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu – nawet jeśli suma procentów z Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku byłaby wyższa.
19. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
20. Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku ustalamy po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, gdy stan zdrowia się utrwali – nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku. Po tym terminie zmiany w stanie zdrowia nie wpływają na wysokość Świadczenia.
21. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, który jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku:

- 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) informacje o okolicznościach wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, który spowodował u Ciebie Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
22. Jeśli dokumenty nie wystarczą do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia, możemy poprosić o dodatkowe dokumenty lub skierować Cię na badania, za które zapłacimy.
23. W Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku stanowiącej Załącznik nr 2 do WU wskazujemy procent Sumy Ubezpieczenia należny za dany uszczerbek. Świadczenie obliczamy, mnożąc procent Twojego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku przez Sumę Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującą w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

24. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twój trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek lub uszczerbek jest następstwem:
- 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego lub zanieczyszczenia lub skażenia radioaktywnego, biologicznego lub chemicznego,
 - 2) Twojego czynnego udziału w zamieszkach, Aktach Terroryzmu lub innych aktach przemocy,
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ciebie,
 - 4) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że przyjmujesz te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,
 - 5) samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - 6) uprawiania Sportu Wyczynowego lub bycia Sportowcem Zawodowym (nie dotyczy to uprawiania przez Ciebie następujących sportów: szachy, brydż sportowy, dart, bilard, snooker, tenis stołowy, curling, kręgle, pływanie, pływanie synchroniczne, golf),
 - 7) uprawiania przez Ciebie Sportów i Aktywności Wysokiego Ryzyka,
 - 8) wykonywania przez Ciebie Zawodu Podwyższonego Ryzyka,
 - 9) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji bez uprawnień wymaganych przez przepisy prawa,
 - 10) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji, który nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami prawa.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WYPOWIEDZENIE PAKIETU TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

25. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w ciągu 30 dni od:
- 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta, albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
26. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozwiązuje się:

- 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
27. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
 28. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
 29. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
 30. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
 31. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Trwały Uszczerbek na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę – pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

32. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XIV. PAKIET SZPITALNY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 75 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmiemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku obejmuje Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub wykonanie u Ciebie Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
8. Przedmiot i zakres Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku możesz rozszerzyć o Pakiet Szpitalny Premium, o ile na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ukończyłeś 65 lat.

OKRES OCHRONY

9. Okres Ochrony dla Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wskazujemy w Polisie.
10. Jeśli rozszerzysz Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku o Pakiet Szpitalny Premium, dla Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby stosujemy Karencję, co oznacza, że w Okresie Ochrony przypadającym w ciągu 90 dni od dnia następnego po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozszerzonej o Pakiet Szpitalny Premium nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

11. Okres Ochrony w Pakiecie Szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Pakiecie Szpitalnym Premium skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci,
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, o którym w pkt 48 ppkt 1,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, o którym mowa w pkt 48 ppkt 2,
 - 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 49,
 - 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 80 lat, z zastrzeżeniem ppkt 10,
 - 10) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 70 lat, o ile Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku został rozszerzony o Pakiet Szpitalny Premium,
 - 11) z dniem wyczerpania Sumy Ubezpieczenia w Pakiecie Szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Pakiecie Szpitalnym Premium, przy czym:
 - a) w Pakiecie Szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia następuje dla Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z dniem w którym łączna liczba dni Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku objętego naszą odpowiedzialnością wyczerpie limit 100 dni;
 - b) w Pakiecie Szpitalnym Premium wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia następuje dla Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby z dniem, w którym łączna liczba dni Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby objętego naszą odpowiedzialnością wyczerpie limit 100 dni.

ODNOWIENIE PAKIETU

12. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.

13. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki.
14. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
15. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, poinformuj nas o tym w sposób w terminach wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.
16. Jeśli odnowisz Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozszerzony o Pakiet Szpitalny Premium, dla odnowionej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie zastosujemy Karencji.

ŚWIADCZENIA W PAKIECIE SZPITALNYM W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

17. Masz prawo do Świadczenia, jeśli poddasz się Leczeniu Szpitalnemu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub zostanie wykonana u Ciebie Operacja Medyczna w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
18. Wysokość Świadczeń oraz Suma Ubezpieczenia dla tego pakietu są wskazane w Polisie.
19. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
20. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
21. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
22. W Okresie Ochrony dla tego pakietu odpowiadamy maksymalnie za 100 dni Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
23. Podstawą do wyliczenia Świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jest liczba dni spędzonych przez Ciebie w Szpitalu. Za dzień Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku uznajemy dzień kalendarzowy, w którym przebywałeś w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień Twojego przyjęcia do Szpitala, a za ostatni dzień – dzień Twojego wypisu ze Szpitala, przy czym dzień przyjęcia do Szpitala nie może być tym samym dniem, co dzień wypisu ze Szpitala. Nie wypłacamy Świadczenia za dni Twojej czasowej nieobecności w Szpitalu.

Pan Tomasz rozszerzył zakres Pakietu Życie o Pakiet Szpitalny w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z Sumą Ubezpieczenia w wysokości 30 000 zł, co oznacza że:

- Świadczenie za dzień Leczenia Szpitalnego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wynosi 300 zł, a
- Świadczenie za Operację Medyczną w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wynosi 3 000 zł.

Po Nieszczęśliwym Wypadku Pan Tomasz przebywa w szpitalu 8 dni i przechodzi jedną Operację Medyczną. Za pobyt wypłacamy $8 \times 300 \text{ zł} = 2\,400 \text{ zł}$, a za operację 3 000 zł – łącznie wypłacamy 5 400 zł.

24. W Okresie Ochrony dla tego pakietu odpowiadamy maksymalnie za 10 przeprowadzonych u Ciebie Operacji Medycznych w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
25. Jeśli w związku z tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem w tym samym dniu przeprowadzono u Ciebie więcej niż jedną Operację Medyczną, wypłacimy jedno Świadczenie – za jedną Operację Medyczną.
26. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Operację Medyczną w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, przekaż nam następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,

- 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, potwierdzającą Twoje leczenie następstw Nieszczęśliwego Wypadku – gdy zgłaszasz roszczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) kartę informacyjną leczenia szpitalnego potwierdzającą wykonanie u Ciebie zabiegu chirurgicznego w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku – gdy zgłaszasz roszczenie z tytułu Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
27. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia.
 28. Dodatkowo przekaz nam dokumenty/informacje, które potwierdzą zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku, który jest przyczyną odpowiednio – Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub przeprowadzonej u Ciebie Operacji Medycznej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.



Pakiet Szpitalny Premium jest rozszerzeniem Pakietu Szpitalnego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Możesz go wybrać tylko wtedy, gdy masz Pakiet Szpitalny w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku; rozszerzenie dodaje ochronę na Wypadek Leczenia Szpitalnego w Następstwie Choroby oraz Świadczenie Rekonwalescencyjne.

PAKIET SZPITALNY PREMIUM – ROZSZERZENIE PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ŚWIADCZENIA W PAKIECIE SZPITALNYM PREMIUM

29. Wysokość Świadczeń oraz Suma Ubezpieczenia dla tego pakietu są wskazane w Polisie.
30. W Pakiecie Szpitalnym Premium masz prawo do Świadczenia jeśli wystąpi u Ciebie Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby.
31. Świadczenie za Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby jest należne, jeśli Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby trwało nieprzerwanie co najmniej 3 dni.
32. Podstawą wyliczenia tego Świadczenia jest liczba dni spędzonych przez Ciebie w Szpitalu. Za pierwszy dzień uznajemy dzień przyjęcia Ciebie do Szpitala, a za ostatni – dzień Twojego wypisu. Świadczenia nie wypłacamy za dni Twojej czasowej nieobecności w Szpitalu.
33. W całym Okresie Ochrony dla tego pakietu odpowiadamy maksymalnie za 100 dni Twojego Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby – niezależnie od liczby pobyków.
34. Wysokość Świadczenia obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu obowiązującej w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
35. Jeśli Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby trwało 10 dni lub dłużej masz prawo do Świadczenia Rekonwalescencyjnego.
36. Świadczenie Rekonwalescencyjne wynosi 10% Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu. Świadczenie Rekonwalescencyjne możesz otrzymać za każde odrębne Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby trwające 10 dni lub dłużej, lecz nie częściej niż raz w Roku Polisowym, w którym rozpoczęło się Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby.
37. W całym Okresie Ochrony dla tego pakietu łączna wartość wszystkich Świadczeń z tytułu Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby wypłaconych z Pakietu Szpitalnego Premium nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia. Jest to limit odrębny od limitu Pakietu Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i nie obejmuje Świadczenia Rekonwalescencyjnego.
38. Po wypłacie Świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego w następstwie Choroby w ramach Pakietu Szpitalnego Premium możesz dodatkowo skorzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia.
39. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby, przekaz nam następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,

- 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości,
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, potwierdzającą Twoje leczenie w następstwie Choroby.
40. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia.

Pani Julia zdecydowała się na Pakiet Szpitalny w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozszerzony o Pakiet Szpitalny Premium z Sumą Ubezpieczenia w wysokości 50 000 zł, co oznacza, że:

- Świadczenie za Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby to 500 zł, a
- Świadczenie Rekonwalescencyjne to 5 000 zł.



Pani Julia przebywała w szpitalu w następstwie Choroby przez 12 dni. Ma prawo do Świadczenia, bo pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni – Świadczenie wypłacamy za wszystkie 12 dni: $12 \times 500 \text{ zł} = 6 000 \text{ zł}$.

Ponieważ pobyt Pani Julii w szpitalu trwał dłużej niż 10 dni, dodatkowo wypłacamy Świadczenie Rekonwalescencyjne w wysokości 5 000 zł. Łącznie za Leczenie Szpitalne Pani Julii wypłacamy 11 000 zł.

Świadczenia z tego rozszerzenia są niezależne od Świadczeń z Pakietu Szpitalnego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I DLA PAKIETU SZPITALNEGO PREMIUM

41. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twoje leczenie szpitalne, jeśli jest następstwem:
- 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego lub zanieczyszczenia lub skażenia radioaktywnego, biologicznego lub chemicznego,
 - 2) Twojego czynnego udziału w zamieszkach, Aktach Terroryzmu lub innych aktach przemocy,
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ciebie,
 - 4) Pozostawiania pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że przyjmujesz te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub są to leki sprzedawane bez recepty zgodnie z zaleceniami producenta i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski,
 - 5) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji bez uprawnień wymaganych przez przepisy prawa,
 - 6) prowadzenia przez Ciebie pojazdu lub innego środka lokomocji, który nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu drogowego, powietrznego lub wodnego, zgodnie z przepisami prawa,
 - 7) uprawiania przez Ciebie: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarsstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi; jazdy bobslejem; kolarstwa ekstremalnego; sportów walki; wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu; speleologii; skoków bungee; zorbingu; wyścigów, rajdów lub akrobacji: motorowych lub motorowodnych; wyścigów konnych; górskich spływów wodnych; nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 40 metrów); skoków do wody; żeglarstwa morskiego lub oceanicznego; paralotniarstwa; szybownictwa; baloniarstwa; lotniarstwa; motolotniarstwa; spadochroniarstwa; myślistwa; oraz wypraw na bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego,
 - 8) Twoich Chorób będących skutkiem spożywania alkoholu (alkoholowa choroba wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki wywołane alkoholem, alkoholowe zapalenie żołądka, kardiomiopatia alkoholowa, miopatia alkoholowa, polineuropatia alkoholowa, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane użyciem alkoholu, nowotwory jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, jelita grubego, żołądka, wątroby będące skutkiem spożywania alkoholu).
42. Nie ponosimy odpowiedzialności za Twoje leczenie szpitalne, jeśli będzie ono skutkiem:
- 1) usiłowania popełnienia przez Ciebie samobójstwa,
 - 2) Twoich samookaleceń lub okaleceń wykonanych u Ciebie na Twoje zlecenie,

- 3) wypadku lotniczego, w którym uczestniczyłeś jako pasażer lub członek załogi statku powietrznego – chyba że był to samolot należący do przewoźnika lotniczego, wykonującego przewozy lotnicze na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego,
 - 4) Twojego nosicielstwa wirusa HIV i leczenia u Ciebie wszelkich chorób będących następstwem tego faktu, w tym wystąpienia pełnoobjawowego AIDS.
43. Leczeniem Szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie jest hospitalizacja w następstwie:
- 1) zawału serca lub udaru mózgu,
 - 2) chorób lub infekcji,
 - 3) omdleń i utraty przytomności, których jedyną i bezpośrednią przyczyną nie był Nieszczęśliwy Wypadek.
44. Operacją Medyczną w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie jest:
- 1) zabieg przeprowadzony u Ciebie w celach diagnostycznych,
 - 2) zabieg przeprowadzony w trybie ambulatoryjnym, tj. bez konieczności pobytu w Szpitalu w ramach Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 3) zabieg przeprowadzony na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) w trybie ambulatoryjnym,
 - 4) operacja plastyczno-kosmetyczna wykonana u Ciebie, z wyjątkiem operacji leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 5) zabieg dentystryczny wykonany u Ciebie, z wyjątkiem obrażeń twarzoczaszki będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku leczonych na oddziale chirurgii.
45. Nie ponosimy odpowiedzialności za leczenie szpitalne w następstwie choroby, jeśli pobyt w szpitalu jest następstwem:
- 1) Cięży – z wyjątkiem powikłań Cięży wymagających leczenia szpitalnego, potwierdzonych dokumentacją medyczną,
 - 2) Chorób Psychicznych,
 - 3) leczenia uzależnień (od alkoholu, środków odurzających – w tym leków, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych lub substancji psychotropowych – w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) lub chorób będących skutkiem tych uzależnień,
 - 4) zabiegów i operacji o charakterze plastyczno-kosmetycznym – z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku.
46. Leczeniem Szpitalnym w następstwie Choroby w ramach tego pakietu nie jest pobyt, którego wyłącznym celem jest rehabilitacja, rekonwalescencja, opieka długoterminowa lub pielęgnacyjna, ani pobyt wyłącznie diagnostyczny; nie jest nim także pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR).

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WYPOWIEDZENIE PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

47. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w ciągu 30 dni od:
- 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
48. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozwiązuje się:
- 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet

Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

49. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
50. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
51. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
52. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
53. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku obejmuje również rozszerzenie tego pakietu o Pakiet Szpitalny Premium.
54. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku obejmuje również rozszerzenie tego pakietu o Pakiet Szpitalny Premium.
55. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Szpitalny w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę – pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

56. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XV. PAKIET DIAGNOSTYKA PRZY PODEJRZENIU POWAŻNEGO STANU CHOROBOWEGO

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 65 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego obejmuje Podejrzenie poważnego stanu chorobowego u Ciebie.

OKRES OCHRONY

8. Okres Ochrony dla Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego wskazujemy w Polisie.
9. Dla Podejrzenia poważnego stanu chorobowego stosujemy Karencję – czyli okres, w którym jest wyłączona nasza odpowiedzialność. Karencja trwa 90 dni od następnego dnia po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

10. Okres Ochrony w Pakiecie Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego skończy się - w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci,
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego,
 - 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego – w przypadku, o którym w pkt 24 ppkt 1,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego – w przypadku, o którym mowa w pkt 24 ppkt 2,
 - 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 25,
 - 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 70 lat,
 - 10) w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu którego zostało zrealizowane Świadczenie wykorzystujące limit Świadczeń przysługujących w ostatnim Roku Polisowym.

ODNOWIENIE PAKIETU

11. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
12. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
13. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego, poinformuj nas o tym w sposób i w terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.
14. Jeśli odnowisz Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego, dla odnowionej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie zastosujemy Karencji.

ŚWIADCZENIA Z PAKIETU DIAGNOSTYKA PRZY PODEJRZENIU POWAŻNEGO STANU CHOROBOWEGO

15. W Pakiecie Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego masz prawo do Świadczeń:
 - 1) Wirtualne Konsultacje, czyli konsultacje realizowane za pośrednictwem Portalu Further z Lekarzem Specjalistą, których celem jest omówienie prowadzonego postępowania i powiązanej diagnozy oraz ocena dalszych działań diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy oraz
 - 2) Badania Diagnostyczne zalecone przez Lekarza Specjalistę podczas Wirtualnej Konsultacji, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i międzynarodowymi wytycznymi (dla onkologii – wytycznymi NCCN – National Comprehensive Cancer Network).
16. Świadczenia te przysługują, gdy Podejrzenie poważnego stanu chorobowego u Ciebie zostało potwierdzone skierowaniem do lekarza specjalisty lub konsultacją z nim, a podejrzewany stan chorobowy mieści się w katalogu danego Modułu Ochrony: Moduł Onkologia, Moduł Kardiologia/Kardiochirurgia, Moduł Neurochirurgia i Moduł Przeszczepy.

ZAKRES MODUŁÓW OCHRONY OBJĘTYCH PAKIETEM

17. Katalog Modułu Ochrony:
 - 1) Moduł Onkologia – nowotwory: Nowotwór Złośliwy, Nowotwór in situ, Ciężka Dysplazja Nowotworowa.
 - 2) Moduł Kardiologia/Kardiochirurgia – choroba wieńcowa, niewydolność serca, choroby zastawek serca i wrodzone wady rozwojowe serca, sklasyfikowane jednym z wymienionych Kodów ICD-10:
 - a. I20-I25 – choroba wieńcowa
 - b. I50 – niewydolność serca
 - c. choroby zastawek serca i wrodzone wady serca:
 - i. I05 – choroby zastawki mitralnej reumatycznej
 - ii. I06 – reumatyczne choroby zastawki aortalnej
 - iii. I07 – choroby reumatyczne zastawki trójkątnej
 - iv. I08 – choroby wielu zastawek
 - v. I34 – niereumatyczne zaburzenia zastawki mitralnej
 - vi. I35 – niereumatyczne zaburzenia zastawki aorty
 - vii. I36 – niereumatyczna choroba zastawki trójkątnej
 - viii. I37 – choroby zastawki płucnej
 - ix. I39 – zapalenie wsierdzia i zaburzenia zastawki serca w chorobach klasyfikowanych gdzie indziej
 - x. Q21 – wrodzone wady przegrody sercowej
 - xi. Q22 – wrodzone wady zastawki płucnej i trójkątnej
 - xii. Q23 – wrodzone wady zastawki aorty i zastawki mitralnej.
 - 3) Moduł Neurochirurgia:
 - i. interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych
 - ii. leczenie łagodnych guzów rdzenia kręgowego
 - 4) Moduł Przeszczepy:
 - i. przeszczepienie komórek szpiku kostnego lub
 - ii. transplantacja (przeszczep) narządów od Dawcy (nerki, fragment wątroby, płat płuca, część trzustki).

LIMITY ŚWIADCZEŃ

18. W jednym Roku Polisowym możesz skorzystać z dwóch Wirtualnych Konsultacji na każdy Moduł Ochrony.
19. Jeśli podczas jednej z dwóch pierwszych konsultacji zostanie zlecona Ci Biopsja, przysługuje Ci jedna dodatkowa Wirtualna Konsultacja.
20. W odniesieniu do tego samego Podejrzenia poważnego stanu chorobowego w Okresie Ochrony masz prawo do dwóch Wirtualnych Konsultacji (z zastrzeżeniem pkt 19).

JAK SKORZYSTAĆ Z PAKIETU

21. Aby skorzystać ze Świadczeń w Pakiecie Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego skontaktuj się z nami:
 - 1) pod numerem infolinii PKO Ubezpieczenia wskazanym w Polisie albo
 - 2) przez stronę internetową PKO Ubezpieczenia.
22. Abyśmy mogli zrealizować Świadczenie w przypadku Podejrzenia poważnego stanu chorobowego przekaz nam:
 - 1) wniosek o realizację Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości oraz
 - 3) kopię dokumentacji medycznej, która potwierdza Podejrzenie poważnego stanu chorobowego:
 - i. dla Modułu Onkologia – Kartę DiLO albo dokumentację lekarza, która wskazuje podejrzenie choroby nowotworowej lub rozpoczęcie diagnostyki w tym kierunku;
 - ii. dla Modułu Kardiologia/Kardiochirurgia – pilne skierowanie (cito) do kardiologa albo dokumentację lekarza wskazującą na lub wnioskującą o rozpoczęcie badania stanu chorobowego z odniesieniem do właściwego Kodu ICD-10;
 - iii. dla Modułu Neurochirurgia – skierowanie do neurochirurga albo dokumentację lekarza, która wskazuje na podejrzenie Choroby wymagającej leczenia neurochirurgicznego wskazanego w pkt 17 ppkt 3 lub rozpoczęcie diagnostyki w tym kierunku;
 - iv. dla Modułu Przeszczepy – skierowanie do lekarza transplantologa albo dokumentację lekarza, która wskazuje na podejrzenie Choroby wymagającej przeszczepu lub rozpoczęcie diagnostyki w tym kierunku.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU DIAGNOSTYKA PRZY PODEJRZENIU POWAŻNEGO STANU CHOROBEWEGO, WYPOWIEDZENIE PAKIETU DIAGNOSTYKA PRZY PODEJRZENIU POWAŻNEGO STANU CHOROBEWEGO

23. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego w ciągu 30 dni od:
 - 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
24. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
25. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
26. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
27. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu

- Chorobowego nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
28. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
29. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Diagnostyka przy Podejrzeniu Poważnego Stanu Chorobowego w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę – pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

30. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XVI. PAKIET LECZENIE ZAGRANICZNE

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisą.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 65 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmujemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Leczenie Zagraniczne obejmuje wystąpienie u Ciebie Poważnego Stanu Chorobowego objętego jednym z czterech Modułów Ochrony:
 - 1) Moduł Onkologia,
 - 2) Moduł Kardiologia/Kardiochirurgia,
 - 3) Moduł Neurochirurgia,
 - 4) Moduł Przeszczepy.

ZAKRES MODUŁÓW OCHRONY OBJĘTYCH PAKIETEM

8. Świadczenie z Pakietu Leczenie Zagraniczne przysługuje, gdy Twój Poważny Stan Chorobowy mieści się w katalogu danego Modułu Ochrony:
 - 1) Moduł Onkologia – obejmuje leczenie Twojego zachorowania na:
 - a. Nowotwór Złośliwy (w tym Szczególną Postać Nowotworu Złośliwego),
 - b. Nowotwór in situ oraz
 - c. Ciężką Dysplazję Nowotworową.

- 2) Moduł Kardiologia/Kardiochirurgia – obejmuje przeprowadzenie u Ciebie:
 - a. pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) albo
 - b. operacji zastawek sercazaleconych przez Konsultanta Kardiologii;
- 3) Moduł Neurochirurgia – obejmuje przeprowadzenie u Ciebie:
 - a. operacji neurochirurgicznej, tj. wszelkich zabiegów chirurgicznych mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, oraz
 - b. leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym (Medulla spinalis);
- 4) Moduł Przeszczepy – obejmuje przeprowadzenie u Ciebie:
 - a. przeszczepu nerki, fragmentu wątroby, płatu płuca lub fragmentu trzustki od Dawcy lub
 - b. Przeszczepu Szpiku Kostnego (BMT) – przeszczep szpiku kostnego autologiczny lub allogeniczny od Dawcy lub przeszczepu komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) – autologiczny lub allogeniczny od Dawcy.

OKRES OCHRONY

9. Okres Ochrony dla Pakietu Leczenie Zagraniczne wskazujemy w Polisie.
10. Dla Poważnego Stanu Chorobowego stosujemy Karencję – czyli okres, w którym jest wyłączona nasza odpowiedzialność. Karencja trwa 90 dni od następnego dnia po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

11. Okres Ochrony w Pakiecie Leczenie Zagraniczne skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Leczenie Zagraniczne,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci,
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne,
 - 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne – w przypadku, o którym mowa w pkt 54 ppkt 1,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne – w przypadku, o którym mowa w pkt 54 ppkt 2,
 - 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 55,
 - 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 70 lat,
 - 10) w dniu, w którym zmieniłeś miejsce stałego zamieszkania na miejsce poza Polską,
 - 11) w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu którego zostało zrealizowane Świadczenie wykorzystujące łączny limit Sumy Ubezpieczenia dla tego pakietu.

ODNOWIENIE PAKIETU

12. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Leczenie Zagraniczne, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Leczenie Zagraniczne nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
13. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Leczenie Zagraniczne przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

14. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Leczenie Zagraniczne, poinformuj nas o tym w sposób i terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Leczenie Zagraniczne zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.
15. Jeśli odnowisz Pakiet Leczenie Zagraniczne, dla odnowionej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie zastosujemy Karencji.

ŚWIADCZENIA Z PAKIETU LECZENIE ZAGRANICZNE

16. W Pakiecie Leczenie Zagraniczne masz prawo do Świadczeń:
 - 1) Druga Opinia Medyczna,
 - 2) Leczenie Zagraniczne,
 - 3) Kontrola Stanu Zdrowia po Leczeniu Zagranicznym.
17. Jeśli zdiagnozowana zostanie u Ciebie Szczególna Postać Nowotworu Złośliwego (Moduł Onkologia), zakres obejmuje dodatkowo świadczenia w ramach Medycyny Precyzyjnej, na zasadach opisanych w tym dziale.
18. Okres Realizacji Świadczenia:
 - 1) ze Świadczeń w ramach każdego z Modułów Ochrony korzystasz wyłącznie w Okresie Realizacji Świadczenia, ustalonym odrębnie dla każdego Modułu Ochrony po zaakceptowaniu przez nas pierwszego roszczenia zgłoszonego z tego modułu i wystawieniu pierwszego Certyfikatu Medycznego dla tego modułu;
 - 2) jeśli nie korzystałeś wcześniej z Leczenia Zagranicznego w ramach danego Modułu Ochrony będziesz mógł korzystać ze Świadczeń przez pełen Okres Realizacji Świadczenia dla tego modułu;
 - 3) jeśli korzystałeś wcześniej z Leczenia Zagranicznego w ramach danego Modułu Ochrony, będziesz mógł korzystać ze Świadczeń przez czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Realizacji Świadczenia dla tego modułu.
19. Jeśli Okres Realizacji Świadczenia upłynie w trakcie Leczenia Zagranicznego, pokryjemy koszty medyczne, określone w pkt 46, poniesione do dnia najbliższego zaplanowanego powrotu do Polski, zgodnie z wcześniej ustalonym planem leczenia.
20. Jeśli w trakcie leczenia w Module Onkologia konieczna będzie powiązana operacja lub przeszczep z Modułów Kardiologia/Kardiochirurgia, Neurochirurgia, Przeszczepy, realizujemy je w ramach Okresu Realizacji Świadczenia dla Modułu Onkologia.
21. Wszystkie wymienione Świadczenia organizuje i realizuje na nasze zlecenie Further. Przez cały proces prowadzi Cię dedykowany przedstawiciel obsługi klienta Further.
22. Aby skorzystać ze Świadczeń w Pakiecie Leczenie Zagraniczne, przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia, usługi, świadczenia lub recepty skontaktuj się z nami:
 - 1) pod numerem infolinii PKO Ubezpieczenia wskazanym w Polisie albo
 - 2) przez stronę internetową PKO Ubezpieczenia.
23. Abyśmy mogli zrealizować Świadczenia z Pakietu Leczenie Zagraniczne, przekaż nam:
 - 1) wniosek o realizację Świadczenia,
 - 2) kopię Twojego dokumentu tożsamości oraz
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą Poważny Stan Chorobowy. Jesteś zobowiązany zapewnić Further dostęp do dokumentacji medycznej znajdującej się u Ciebie, u lekarzy, w Szpitalu lub innych placówkach biorących udział w Twoim leczeniu.
24. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do tego, aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość Świadczenia.
25. Jeśli z powodu Siły Wyższej lub ograniczeń logistycznych albo operacyjnych nałożonych przez władze lokalne lub międzynarodowe Further nie będzie mógł zorganizować Leczenia Zagranicznego, zapewni Świadczenia określone w pkt 46 w Polsce – pod warunkiem, że te same ograniczenia nie uniemożliwiają zorganizowania równoważnej i wykonalnej z medycznego punktu widzenia alternatywy w Polsce. Świadczenia w Polsce będą dostępne wyłącznie do czasu, gdy możliwe będzie wznowienie organizacji Leczenia Zagranicznego.
26. Sumę Ubezpieczenia dla Pakietu Leczenie Zagraniczne podajemy w euro. Wszystkie koszty w walucie innej niż euro przeliczamy na euro po średnim kursie ogłoszonym przez Europejski Bank Centralny, obowiązującym dla danej waluty w dniu poniesienia kosztu.

27. Świadczenia z Pakietu Leczenie Zagraniczne realizowane są w Okresie Realizacji Świadczenia, nie dłużej jednak niż do dnia wykorzystania limitu Sumy Ubezpieczenia wskazanego w Polisie dla tego pakietu.

DRUGA OPINIA MEDYCZNA

28. W ramach Drugiej Opinii Medycznej Lekarz Konsultant przygotowuje pisemną opinię medyczną na podstawie Twojej dokumentacji medycznej. Druga Opinia Medyczna obejmuje m.in. ocenę postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia, propozycję dalszego postępowania i leczenia oraz odpowiedzi na Twoje ewentualne pytania. Jeśli opinia potwierdza rozpoznanie Poważnego Stanu Chorobowego lub potrzebę przeprowadzenia Procedury Medycznej Objętej Ubezpieczeniem, Druga Opinia Medyczna zawiera wskazanie optymalnego planu leczenia.
29. Aby Świadczenie Druga Opinia Medyczna mogło zostać zrealizowane, przekaż nam zgromadzoną dokumentację medyczną. Na nasze zlecenie Further zorganizuje:
- 1) w przypadkach uzasadnionych przesłankami medycznymi – ponowną ocenę histopatologiczną Twoich tkanek w celu postawienia diagnozy,
 - 2) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej Lekarzowi Konsultantowi,
 - 3) przygotowanie Drugiej Opinii Medycznej,
 - 4) wydanie i przetłumaczenie Drugiej Opinii Medycznej na język polski.
30. Masz prawo do jednej Drugiej Opinii Medycznej w odniesieniu do jednego Poważnego Stanu Chorobowego. Jeśli jednak Lekarz Konsultant postawi diagnozę odmienną od wynikającej z dostarczonej przez Ciebie dokumentacji, na nasze zlecenie Further zorganizuje i pokryje koszt dodatkowej opinii innego Lekarza Konsultanta.
31. Jeśli wystąpisz o Drugą Opinię Medyczną przed rozpoczęciem Leczenia Zagranicznego, Further nie rozpocznie organizacji leczenia do czasu przygotowania tej opinii.
- Jeśli skorzystasz z Medycyny Precyzyjnej, nie możesz następnie aktywować Drugiej Opinii Medycznej dla tej samej diagnozy nowotworu. Jeśli jednak najpierw otrzymasz Drugą Opinię Medyczną, możesz później skorzystać z Medycyny Precyzyjnej dla tej samej diagnozy.

LECZENIE ZAGRANICZNE

32. W ramach Świadczenia Leczenie Zagraniczne Further zorganizuje Twoje leczenie za granicą i pokryje koszty medyczne oraz niemedyczne powstałe w związku z tym leczeniem, na warunkach określonych w Certyfikacie Medycznym.
33. Możesz skorzystać ze Świadczenia Leczenie Zagraniczne, jeśli łącznie spełnione są następujące warunki:
- 1) Świadczenie zostanie zrealizowane najpóźniej do końca Okresu Realizacji Świadczenia,
 - 2) leczenie jest Medycznie Uzasadnione i ogranicza się do terapii leczniczych (z wyłączeniem Postępowania Profilaktycznego),
 - 3) koszty dotyczą leczenia poza granicami Polski – z wyjątkiem kosztów Leków oraz kosztów Kontroli Stanu Zdrowia po Leczeniu Zagranicznym.
34. Further wydaje dokument zawierający listę 3 rekomendowanych Szpitali Zagranicznych. Po wybraniu przez Ciebie jednego z nich, Further wystawi Certyfikat Medyczny. Ponieważ Twój stan zdrowia może się z czasem zmienić, oba dokumenty są ważne przez trzy miesiące. Jeśli w tym czasie nie wybierzesz Szpitala Zagranicznego z listy lub nie rozpoczniesz leczenia w zatwierdzonym Szpitalu Zagranicznym, Further może wydać zaktualizowane wersje tych dokumentów na podstawie Twojego aktualnego stanu zdrowia.
35. Certyfikat Medyczny otrzymasz przed wyjazdem do Szpitala Zagranicznego. Potwierdza on objęcie ochroną ubezpieczeniową określonego leczenia, usług, świadczeń i recept oraz zawiera m.in. wskazanie Szpitala Zagranicznego, spis konsultacji, badań i Leków.
36. Za każdy dzień Hospitalizacji otrzymasz świadczenie w wysokości 100 EUR, łącznie nie więcej niż za 60 dni na jeden Poważny Stan Chorobowy. Pobyt w Szpitalu Zagranicznym musi być zatwierdzony w Certyfikacie Medycznym.

KONTROLA STANU ZDROWIA PO LECZENIU ZAGRANICZNYM

37. Gdy wrócisz do Polski po zakończeniu etapu Leczenia Zagranicznego, Further pokryje Twoje wydatki związane z Kontrolą Stanu Zdrowia po Leczeniu Zagranicznym poniesione w Polsce, z zastrzeżeniem następujących warunków:
- 1) Kontrola Stanu Zdrowia zostanie wykonana w jednym ze szpitali wybranych przez Further (uwzględnimy Twoje preferencje co do lokalizacji),
 - 2) będzie dostępna w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do przeprowadzenia badań diagnostycznych, profilaktycznych i przesiewowych,
 - 3) będzie wykonywana zgodnie z zaleceniami Lekarza Prowadzącego Leczenie Zagraniczne,
 - 4) faktury zostaną wystawione przed upływem Okresu Realizacji Świadczenia,
 - 5) Ty organizujesz i opłacasz Kontrolę Stanu Zdrowia w Polsce, a Further zwróci Ci koszty po otrzymaniu faktury i dowodu jej opłacenia.
38. Jeśli lekarze przeprowadzający Kontrolę Stanu Zdrowia w Polsce wskażą, w związku ze zmianą Twojego stanu zdrowia, potrzebę nowych wytycznych, Further przekaze je do zatwierdzenia Lekarzowi Prowadzącemu Leczenie Zagraniczne i potwierdzi, czy należy Ci się zwrot wydatków zgodnie z nowymi wytycznymi.
39. Na Twój wniosek Further może zorganizować Kontrolę Stanu Zdrowia poza granicami Polski. W takim przypadku przeprowadzi ją Lekarz Prowadzący Leczenie Zagraniczne lub jego zespół medyczny, a Further pokryje koszty medyczne tych konsultacji i badań oraz zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Ciebie i Osoby Towarzyszącej na zasadach opisanych w pkt 47.

ŚWIADCZENIA MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ



Medycyna Precyzyjna (medycyna spersonalizowana) wykorzystuje techniki profilowania molekularnego, aby dokładnie zdiagnozować chorobę i dobrać najodpowiedniejsze dla danego pacjenta leczenie.

40. Świadczenia Medycyna Precyzyjna realizujemy na Twój wniosek w ramach Modułu Onkologia, jeśli łącznie spełnione są następujące warunki:
- 1) jesteś aktywnie leczony z powodu Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego lub otrzymałeś pisemne zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia przeciwnowotworowego,
 - 2) diagnoza potwierdza Szczególną Postać Nowotworu Złośliwego,
 - 3) dostępny jest odpowiedni materiał do testów (próbka biopsyjna z wystarczającą liczbą komórek nowotworowych, a jeśli to niemożliwe – biopsja płynna, o ile jest klinicznie wskazana).
41. W ramach Medycyny Precyzyjnej realizujemy i pokrywamy koszty następujących Świadczeń:
- 1) **Profilowanie molekularne:** wybieramy laboratorium, organizujemy i pokrywamy koszt dostarczenia próbki do laboratorium oraz koszt Testu Somatycznego, na podstawie którego laboratorium sporządza raport o profilu molekularnym nowotworu. Zalecamy, abyś nie przerywał leczenia w oczekiwaniu na wyniki.
 - 2) **Ekspertyza kliniczna:** wyznaczony Zespół Lekarsko-Ekspercki sporządza Raport Ekspertki Medycyny Precyzyjnej, który zawiera podsumowanie kliniczne, wnioski z profilowania molekularnego, opcje leczenia o najwyższym potencjale klinicznym, wskazania dotyczące oporności lub toksyczności, dostępność Badań Klinicznych oraz – w stosownych przypadkach – uwagi o potencjalnych mutacjach germinalnych i nowotworach dziedzicznych. Organizujemy konsultację aby wyjaśnić wyniki raportu, a za Twoją zgodą zaprosimy onkologa prowadzącego Twoje leczenie w Polsce do dyskusji z członkiem Zespołu Lekarsko-Eksperckiego.
 - 3) **Testy Linii Germinalnej:** jeśli Raport Ekspertki Medycyny Precyzyjnej zidentyfikuje potencjalnie dziedziczną mutację genu, a Ty uzyskasz pozytywny wynik Testu Linii Germinalnej, organizujemy i pokrywamy koszt Testów Linii Germinalnej dla kwalifikujących się bezpośrednich członków rodziny (biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci). Ostateczna decyzja, którzy członkowie Twojej rodziny mają wskazania do badania pod kątem tej samej mutacji, podejmowana jest wyłącznie na podstawie wskazań medycznych. Przy wyniku pozytywnym u członka Twojej rodziny zapewniamy ocenę doradcy

genetycznego, raport z wytycznymi oraz konsultację.

- 4) **Przewodnik po Badaniach Klinicznych:** gdy Raport Ekspercki Medycyny Precyzyjnej zawiera rekomendację udziału w Badaniu Klinicznym, zapewniamy informacje o dostępnych Badaniach Klinicznych odpowiednich dla Twojego przypadku, kontakt z ośrodkami oraz pomoc w interpretacji kryteriów włączenia/wyłączenia.

O zakwalifikowaniu do udziału w Badaniu Klinicznym decyduje wyłącznie organizator badania. Jeśli poszukiwania Badań Klinicznych odpowiednich dla Twojego przypadku nie powiodą się lub jeśli nie zdecydujesz się na udział w nich, na Twój wniosek przeprowadzamy drugie, ostatnie wyszukiwanie.

Przy potwierdzeniu udziału zapewniamy wsparcie w zakresie kontaktu z ośrodkiem badawczym, pomoc administracyjną (w tym tłumaczenia dokumentacji rejestracyjnych) oraz informacje dotyczące podróży i zakwaterowania.

42. Świadczenia Medycyna Precyzyjna przysługują jeden raz na tę samą diagnozę Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego (określoną Kodem ICD-10). Usługa może zostać aktywowana ponownie dla Nowotworu Złośliwego zdiagnozowanego pod innym Kodem ICD-10.
43. Leczenie wynikające z zaleceń Raportu Eksperckiego Medycyny Precyzyjnej organizujemy wyłącznie za granicą zgodnie z zasadami pokrywania kosztów Leczenia Zagranicznego (jak opisano pkt. 46-50). Leczenie to, w oparciu o jego medyczny charakter, można podzielić na trzy grupy:
- 1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków;
 - 2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków (Leczenie off-label) - realizowane na podstawie Certyfikatu Medycznego uwzględniającego warunki wskazane w Raporcie Eksperckim Medycyny Precyzyjnej;
 - 3) Badania Kliniczne, realizowane na zasadach opisanych w pkt 44.
44. Dla udziału w Badaniach Klinicznych:
- 1) w Polsce (wyłącznie w Szpitalu lub placówce oddalonej co najmniej 100 km od Twojego miejsca zamieszkania) – pokrywamy koszty podróży, zakwaterowania (na zasadach opisanych w pkt 51 ppkt 1). Nie pokrywamy kosztów medycznych w ramach Medycyny Precyzyjnej, w tym kosztów standardowej opieki medycznej ani kosztów niefinansowanych przez organizatora Badania Klinicznego.
 - 2) za granicą – pokrywamy koszty podróży, zakwaterowania (na zasadach opisanych w pkt 51 ppkt 1), a także koszty standardowej opieki medycznej (na zasadach opisanych w pkt 46), jeśli spełnione są poniższe warunki:
 - a) opieka medyczna jest realizowana w tym samym Szpitalu Zagranicznym, co Badanie Kliniczne,
 - b) opieka medyczna nie jest finansowana przez organizatora Badania Klinicznego.
45. Świadczenie za udział w Badaniach Klinicznych wynosi 100 EUR za każdy dzień udziału tj. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w ramach protokołu Badania Klinicznego łącznie nie więcej niż 60 dni. Świadczenie to nie jest należne za dni, w których przysługuje Ci Świadczenie z tytułu Hospitalizacji, o którym piszemy w pkt 36.

KOSZTY OBJĘTE ZAKRESEM PAKIETU LECZENIE ZAGRANICZNE

46. W ramach Pakietu Leczenie Zagraniczne pokrywamy koszty Leczenia i opieki za granicą:
- 1) Twojego pobytu w Szpitalu Zagranicznym: zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych podczas Hospitalizacji; usług szpitalnych (w tym tłumacza medycznego); dodatkowego łóżka dla Osoby Towarzyszącej, jeśli Szpital Zagraniczny udostępnia taką usługę; korzystania z sali operacyjnej i opieki anestezyjologicznej,
 - 2) opieki lekarskiej koniecznej przy badaniu, leczeniu lub operacji oraz wizyt lekarskich podczas Hospitalizacji,
 - 3) znieczulenia i podania środków znieczulających przez anestezjologa,
 - 4) badań laboratoryjnych i diagnostycznych mających Medyczne Uzasadnienie i zleconych przez Lekarza Prowadzącego Leczenie Zagraniczne (m.in. badań rentgenowskich, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, EKG, echokardiografii, izotopów promieniotwórczych, mielogramów, elektroencefalogramów, angiogramów),
 - 5) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy oraz terapii z wykorzystaniem tlenu, rozwiązań dożylnych i iniekcji,

- 6) chemioterapii, immunoterapii i radioterapii,
 - 7) chirurgii rekonstrukcyjnej (czyli zabiegów, których celem jest naprawa lub odbudowa tkanek lub narządów tak, aby zmniejszyć utratę ich funkcji) mającej na celu naprawę lub odbudowę struktury uszkodzonej lub usuniętej w wyniku procedur zorganizowanych i opłaconych przez nas w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - 8) leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio związanych z procedurami zorganizowanymi i sfinansowanymi przez nas w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego, które wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu Zagranicznym – przed zakwalifikowaniem Cię do bezpiecznego powrotu do Polski,
 - 9) kosztów związanych z pobytem i uczestnictwem Dawcy w przypadku Przeszczepu od Dawcy (zidentyfikowanie odpowiedniego dawcy wśród członków Twojej rodziny, potwierdzenie zgodności tkankowej, zakwaterowanie i wyżywienie Dawcy w Szpitalu Zagranicznym, opieka lekarska i pielęgniarska, badania oraz operacja chirurgiczna pobrania narządu lub tkanki), a także świadczeń i materiałów związanych z Przeszczepem Szpiku Kostnego, wskazanych w Certyfikacie Medycznym,
 - 10) Protez Piersi po mastektomii oraz protez zastawek serca – jeśli wynikają z leczenia, które zorganizowaliśmy i opłaciliśmy,
 - 11) Leków przepisanych po hospitalizacji w związku z leczeniem Poważnego Stanu Chorobowego, poniesionych poza granicami Polski w ciągu 30 dni od zakończenia etapu Leczenia Zagranicznego – jeśli kupisz te Leki przed powrotem do Polski.
47. Pokrywamy koszty niemedyczne – podróży i zakwaterowania dla Ciebie, Osoby Towarzyszącej oraz – w przypadku Przeszczepu od Dawcy poza granicami Polski – Dawcy, zorganizowane przez Further zgodnie z Certyfikatem Medycznym:
- 1) transport z miejsca zamieszkania w Polsce do wyznaczonego lotniska lub stacji kolejowej, bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta leczenia i transport do hotelu oraz transport powrotny do miejsca zamieszkania; koszty podróży nie obejmują transferów z hotelu do Szpitala Zagranicznego lub Lekarza Prowadzącego Leczenie Zagraniczne,
 - 2) zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem, w promieniu do 10 km od Szpitala Zagranicznego lub Lekarza prowadzącego; nie zwracamy kosztów posiłków poza śniadaniem ani innych kosztów hotelowych i nie możesz zmienić standardu hotelu, nawet jeśli pokryjesz różnicę w cenie.
48. W przypadku śmierci Twojej lub Dawcy poza granicami Polski w trakcie Leczenia Zagranicznego pokrywamy koszty transportu zwłok: przygotowania ciała, trumny przewozowej oraz transportu do miejsca pochówku w Polsce (a w przypadku Dawcy – do kraju jego zamieszkania).
49. Zwrot kosztów Leków po powrocie do Polski, maksymalnie do 50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Pakietu Leczenie Zagraniczne. Zwracamy koszty Leków przepisanych i kupionych w Polsce, jeśli łącznie spełnione są warunki:
- 1) Lek jest dopuszczony do obrotu w Polsce i wydawany na receptę;
 - 2) receptę wystawił lekarz w Polsce;
 - 3) Lek zalecił Further zgodnie z zaleceniami Lekarza Prowadzącego Leczenie Zagraniczne;
 - 4) Lek podano po Hospitalizacji trwającej co najmniej 3 noclegi;
 - 5) jedna recepta nie przekracza 2-miesięcznej dawki;
 - 6) recepty wystawiono przed końcem Okresu Realizacji Świadczenia.
- Zwracamy kwotę poniesioną bezpośrednio przez Ciebie, tj. bez kosztów zrefundowanych przez NFZ lub inne ubezpieczenie. Dowody zakupu prześlij w ciągu 180 dni od poniesienia wydatku.
50. Jeśli zalecony Lek (lub jego zamiennik) nie jest w Polsce licencjonowany, zatwierdzony lub dostępny, a pozostałe warunki określone w pkt 49 ppkt 3-6), pozostają spełnione, Further zorganizuje i pokryje koszty podróży do Szpitala Zagranicznego oraz zakwaterowania, poniesione przez Ciebie i Osobę Towarzyszącą, w celu uzyskania tego Leku.
51. W przypadku Twojego udziału w Badaniach Klinicznych:
- 1) odbywających się za granicą lub w Polsce (w Szpitalu lub placówce oddalonej co najmniej 100 km od Twojego miejsca zamieszkania w Polsce) – pokrywamy koszty niemedyczne – podróży i zakwaterowania

dla Ciebie i Osoby Towarzyszącej zorganizowane przez Further:

- a. transport z miejsca Twojego zamieszkania w Polsce do wyznaczonego lotniska lub stacji kolejowej, bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta leczenia i transport do hotelu oraz transport powrotny do miejsca zamieszkania; koszty podróży nie obejmują transferów z hotelu do Szpitala lub Lekarza prowadzącego,
 - b. zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy lub czterogwiazdkowym ze śniadaniem, w promieniu do 10 km od Szpitala lub Lekarza prowadzącego; nie zwracamy kosztów posiłków poza śniadaniem ani innych kosztów hotelowych i nie możesz zmienić standardu hotelu, nawet jeśli pokryjesz różnicę w cenie,
 - c. w przypadku Twojej śmierci w trakcie Badania Klinicznego pokrywamy koszty transportu zwłok: przygotowania ciała, trumny przewozowej oraz transportu do miejsca pochówku na terenie Polski.
- 2) koszty standardowej opieki medycznej wskazane w pkt 46, z zastrzeżeniem warunków wskazanych w pkt 43 ppkt 2;
- 3) pokrywamy koszty Kontroli Stanu Zdrowia na zasadach określonych w pkt 37, 38 i 39.

KOSZTY NIEOBJĘTE ZAKRESEM PAKIETU LECZENIE ZAGRANICZNE

52. Nie pokrywamy kosztów:

- 1) usług lub opieki medycznej, które nie mają Medycznego Uzasadnienia w leczeniu Poważnego Stanu Chorobowego,
- 2) Leczenia Eksperymentalnego – z wyjątkiem Leczenia off-label oraz Badań Klinicznych w ramach Medycyny Precyzyjnej,
- 3) leczenia z wykorzystaniem produktów Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi oraz inżynierii tkankowej – z wyjątkiem Terapii Limfocytami CAR T zaleconej w Raporcie Ekspertkim Medycyny Precyzyjnej zgodnie z Zatwierdzonym Protokołem Terapii Limfocytami CAR T
- 4) Postępowania Profilaktycznego,
- 5) leczenia procedur i chorób powiązanych z diagnozą AIDS lub HIV,
- 6) leczenia Nowotworów in situ skóry, z wyjątkiem czerniaków,
- 7) przeszczepu krwiotwórczych komórek macierzystych (HCT) z wykorzystaniem krwi pępowinowej
- 8) Przeszczepu Narządów, jeżeli:
 - a) wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby,
 - b) wymaga leczenia komórkami macierzystymi,
 - c) jest autotransplantacją,
 - d) narząd został kupiony od Dawcy,
 - e) jesteś Dawcą dla osoby trzeciej,
- 9) związanych z opieką medyczną lub hospitalizacją w przypadkach zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia funkcji mózgowych,
- 10) leczenia długotrwałych skutków ubocznych, łagodzenia przewlekłych objawów lub rehabilitacji (m.in. fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej, terapii mowy i języka) będących wynikiem leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
- 11) organizacji leczenia poniesionych w Polsce – z wyjątkiem kosztów Leków po powrocie do Polski, kosztów Kontroli Stanu Zdrowia oraz leczenia zorganizowanego w Polsce w przypadku Siły Wyższej, opisanych w niniejszym dziale,
- 12) poniesionych w okresie Karencji, przed datą z Certyfikatu Medycznego, w innym szpitalu niż wskazany w tym Certyfikacie lub niezgodnie z procedurą realizacji świadczeń,
- 13) opieki domowej, pobytu w domu opieki, ośrodku rekonwalescencji, hospicjum, sanatorium lub klinice leczenia naturalnego,
- 14) zakupu lub wynajmu protez i urządzeń ortopedycznych, peruk, obuwia ortopedycznego, wózków inwalidzkich, łóżek specjalistycznych i podobnego sprzętu – z wyjątkiem Protez Piersi po mastektomii i protez zastawek serca wynikających z operacji objętej ubezpieczeniem,
- 15) Leków niewydanych przez licencjonowanego farmaceutę lub dostępnych bez recepty, kosztów procedur związanych z podaniem Leku w Polsce oraz Leków refundowanych przez NFZ,

- 16) leczenia z wykorzystaniem Medycyny Alternatywnej – nawet jeśli zaleci ją Lekarz Prowadzący Leczenie Zagraniczne,
- 17) wynagrodzenia tłumacza poza Szpitalem Zagranicznym, kosztów połączeń telefonicznych i innych kosztów o charakterze osobistym lub niemedyчным oraz usług świadczonych na rzecz krewnych, Osób Towarzyszących lub asystujących,
- 18) zakwaterowania lub transportu zorganizowanych we własnym zakresie przez Ciebie, Osobę Towarzyszącą lub Dawcę,
- 19) transferów z hotelu do Szpitala Zagranicznego lub Lekarza prowadzącego,
- 20) posiłków innych niż śniadanie w hotelu,
- 21) związanych z Chorobami lub urazami powstałymi wskutek wojny, aktów terroryzmu, trzęsień ziemi, zamieszek, rozruchów, powodzi, erupcji wulkanicznych, bezpośrednich lub pośrednich skutków reakcji jądrowej i innych zjawisk nadzwyczajnych lub katastroficznych, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii,
- 22) związanych z Chorobami lub urazami w związku z Pozostawaniem pod Wpływem Alkoholu przez Ciebie, użycia przez Ciebie środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi ich podania, chyba że środki te podano zgodnie z zaleceniem i pod nadzorem wykwalifikowanego pracownika medycznego,
- 23) będących następstwem prób samobójczych lub samookaleczenia,
- 24) związanych z Chorobami lub stanami spowodowanymi popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa umyślnego,
- 25) gdy przed rozpatrzeniem, w trakcie lub po rozpatrzeniu roszczenia przez Further nie zastosowałeś się do zaleceń, recept lub ustalonego planu leczenia Lekarza Prowadzącego Leczenie Zagraniczne albo odmówiłeś poddania się leczeniu lub badaniom diagnostycznym niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia.
- 26) w przypadku Twojego udziału w Badaniach Klinicznych:
 - a. w Polsce - kosztów medycznych,
 - b. za granicą – kosztów medycznych finansowanych przez organizatora Badań Klinicznych i kosztów standardowej opieki medycznej, gdy realizowana jest w Szpitalu Zagranicznym innym niż ten, w którym realizowane są Badania Kliniczne.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU LECZENIE ZAGRANICZNE, WYPOWIEDZENIE PAKIETU LECZENIE ZAGRANICZNE

53. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne w ciągu 30 dni od:
 - 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
54. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne rozwiązuje się:
 - 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
55. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
56. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne

uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.

57. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
58. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
59. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Leczenie Zagraniczne w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę – pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

60. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XVII. PAKIET MEDYCZNA OPINIA EKSPERCKA

ZAWARCIE UMOWY

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska zawieramy z Tobą na podstawie Twojego wniosku na okres wynoszący maksymalnie 5 lat.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia potwierdzamy Polisé.
3. Możemy zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska z osobą, która na dzień wnioskowania o zawarcie tej dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 65 lat.
4. Masz obowiązek podać do naszej wiadomości wszystkie znane Ci okoliczności, o które pytamy przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia. Jeśli zawierasz dodatkową umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, ten obowiązek ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane jemu.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt 4 nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli do naruszenia obowiązku, który wynika z pkt 4, doszło z winy umyślnej (Twojej lub Twojego przedstawiciela) – w razie wątpliwości przyjmiemy, że wypadek przewidziany dodatkową umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

6. Przedmiotem ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska jest Twoje zdrowie.
7. Zakres Pakietu Medyczna Opinia Eksperska obejmuje Kwalifikowaną Chorobę i Szczególną Postać Nowotworu Złośliwego.

OKRES OCHRONY

8. Okres Ochrony dla Pakietu Medyczna Opinia Eksperska wskazujemy w Polisie.
9. Dla Pakietu Medyczna Opinia Eksperska stosujemy Karencję, co oznacza, że przez 90 dni od następnego dnia po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska wyłączamy naszą odpowiedzialność z tytułu zdiagnozowania Kwalifikowanej Choroby lub Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego.

ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

10. Okres Ochrony w Pakiecie Medyczna Opinia Eksperska skończy się – w zależności od tego, który termin nastąpi wcześniej:
 - 1) z upływem okresu, na jaki został zawarty Pakiet Medyczna Opinia Eksperska,
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta podstawowa umowa ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą Twojej śmierci,
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia,
 - 5) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska,
 - 6) w dniu, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska – w przypadku, o którym w pkt 32 ppkt 1,
 - 7) w dniu, w którym upłynie okres wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska – w przypadku, o którym mowa w pkt 32 ppkt 2,
 - 8) w dniu, w którym bezskutecznie upłynie dodatkowy termin 30 dni wyznaczony w wezwaniu do zapłaty Składki Miesięcznej – w przypadku, o którym mowa w pkt 33,
 - 9) z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym ukończysz 70 lat,
 - 10) w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu którego zostało zrealizowane Świadczenie wykorzystujące limit Świadczeń przysługujących w ostatnim Roku Polisowym.

ODNOWIENIE PAKIETU

11. Najpóźniej 30 dni przed zakończeniem Okresu Ochrony dla Pakietu Medyczna Opinia Eksperska, możemy zaproponować Ci odnowienie ochrony na kolejny okres. Okres Ochrony dla Pakietu Medyczna Opinia Eksperska nie może być dłuższy niż Okres Ochrony dla Pakietu Życie.
12. W propozycji odnowienia Okresu Ochrony dla Pakietu Medyczna Opinia Eksperska przedstawimy informacje o warunkach odnowienia tego pakietu oraz wskażemy wysokość składki. Wysokość składki określimy w oparciu o:
 - Twój wiek w dniu przygotowania propozycji,
 - wynik naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
13. Jeżeli chcesz przyjąć propozycję odnowienia Pakietu Medyczna Opinia Eksperska, poinformuj nas o tym w sposób i w terminie wskazanych przez nas. Jeżeli tego nie zrobisz, Okres Ochrony dla Pakietu Medyczna Opinia Eksperska zakończy się z upływem okresu na jaki został zawarty.
14. Jeśli odnowisz Pakiet Medyczna Opinia Eksperska, dla odnowionej dodatkowej umowy ubezpieczenia nie zastosujemy Karencji.

ŚWIADCZENIA W PAKIECIE MEDYCZNA OPINIA EKSPERCKA

15. W Pakiecie Medyczna Opinia Eksperska masz prawo do Świadczeń:
 - 1) Raport Eksperta Medycznego, który przysługuje Ci w przypadku zdiagnozowania u Ciebie Kwalifikowanej Choroby.
 - 2) Medycyna Precyzyjna, jeśli łącznie spełnione są następujące warunki:
 - a) jesteś w trakcie terapii onkologicznej lub zalecono jej niezwłoczne rozpoczęcie
 - b) zdiagnozowano u Ciebie Szczególną Postać Nowotworu Złośliwego
 - c) dostępny jest odpowiedni materiał do badań (próbka biopsyjna spełniająca kryteria laboratorium, w tym z wystarczającą liczbą komórek nowotworowych, a gdy jej brak – próbka krwi (biopsja płynna), jeśli jest to klinicznie uzasadnione).
16. Świadczenia organizujemy za pośrednictwem Further, a raport udostępniamy w postaci elektronicznej przez Portal Further. Przez cały proces prowadzi Cię dedykowany przedstawiciel obsługi klienta Further.

RAPORT EKSPERTA MEDYCZNEGO

17. Na Twój wniosek Ekspert Medyczny sporządza Raport Eksperta Medycznego na podstawie analizy dostarczonej dokumentacji medycznej. Raport ten obejmuje potwierdzenie lub wykluczenie diagnozy Kwalifikowanej Choroby oraz optymalny plan leczenia.

18. Abyśmy mogli zrealizować Świadczenie, prześlij nam dokumentację medyczną niezbędną do wydania opinii oraz zapewnij nam dostęp do dokumentacji medycznej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w których realizowano Twoje leczenie.

ŚWIADCZENIA MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ

19. W ramach Medycyny Precyzyjnej realizujemy i pokrywamy koszty następujących świadczeń:
- 1) **Profilowanie molekularne:** wybieramy laboratorium, organizujemy i pokrywamy koszt dostarczenia próbki do laboratorium oraz koszt Testu Somatycznego, na podstawie którego laboratorium sporządza raport o profilu molekularnym nowotworu. Zalecamy, abyś nie przerywał leczenia w oczekiwaniu na wyniki.
 - 2) **Ekspertyza kliniczna:** wyznaczony Zespół Lekarsko-Ekspercki sporządza Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej, który zawiera podsumowanie kliniczne, wnioski z profilowania molekularnego, opcje leczenia o najwyższym potencjale klinicznym, wskazania dotyczące oporności lub toksyczności, dostępność Badań Klinicznych oraz – w stosownych przypadkach – uwagi o potencjalnych mutacjach germinalnych i nowotworach dziedzicznych. Organizujemy konsultację aby wyjaśnić wyniki raportu, a za Twoją zgodą zaprosimy onkologa prowadzącego Twoje leczenie w Polsce do dyskusji z członkiem Zespołu Lekarsko-Eksperckiego.
 - 3) **Testy Linii Germinalnej:** jeśli Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej zidentyfikuje potencjalnie dziedziczną mutację genu, a Ty uzyskasz pozytywny wynik Testu Linii Germinalnej, organizujemy i pokrywamy koszt Testów Linii Germinalnej dla kwalifikujących się bezpośrednich członków rodziny (biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci). Ostateczna decyzja, którzy członkowie Twojej rodziny mają wskazania do badania pod kątem tej samej mutacji, podejmowana jest wyłącznie na podstawie wskazań medycznych. Przy wyniku pozytywnym u członka Twojej rodziny zapewniamy ocenę doradcy genetycznego, raport z wytycznymi oraz konsultację.
 - 4) **Przewodnik po Badaniach Klinicznych:** gdy Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej zawiera rekomendacje udziału w Badaniu Klinicznym, zapewniamy informacje o dostępnych Badaniach Klinicznych odpowiednich dla Twojego przypadku, kontakt z ośrodkami oraz pomoc w interpretacji kryteriów włączenia/wyłączenia. O zakwalifikowaniu do udziału w Badaniach Klinicznych decyduje wyłącznie organizator badania. Jeśli poszukiwania Badań Klinicznych odpowiednich dla Twojego przypadku nie powiodą się lub jeśli nie zdecydujesz się na udział w nich, na Twój wniosek przeprowadzamy drugie, ostatnie wyszukiwanie. Przy potwierdzeniu udziału zapewniamy wsparcie w zakresie kontaktu z ośrodkiem badawczym, pomoc administracyjną (w tym tłumaczenia dokumentacji rejestracyjnych) oraz informacje dotyczące podróży i zakwaterowania.

LIMITY ŚWIADCZEŃ

20. Raport Eksperta Medycznego przysługuje raz dla każdej Kwalifikowanej Choroby określonej Kodem ICD-10. Wnioski dotyczące urazów, dolegliwości lub schorzeń bezpośrednio związanych z chorobą będącą przedmiotem wcześniejszego wniosku (jej następstwo, nawrót lub powtórzenie) traktujemy jako wniosek dotyczący tej samej diagnozy. W jednym Roku Polisowym możesz skorzystać z dwóch Raportów Eksperta Medycznego.
21. Jeśli zdecydujesz się na skorzystanie ze Świadczenia, o którym mowa w pkt. 15 ppkt 2, w późniejszym czasie nie będziesz miał możliwości skorzystania ze świadczenia Raportu Eksperta Medycznego dla tej samej Kwalifikowanej Choroby.
22. W ramach Medycyny Precyzyjnej przysługuje jeden Test Somatyczny i jeden Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej dla tej samej diagnozy Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego (określonej Kodem ICD-10); świadczenie przysługuje odrębnie dla każdej Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego zdiagnozowanego pod innym Kodem ICD-10.
23. Przewodnik po Badaniach Klinicznych realizujemy raz dla tej samej diagnozy Szczególnej Postaci Nowotworu Złośliwego, gdy dostępne są wyniki Testu Somatycznego. Jeśli poszukiwania Badań Klinicznych odpowiednich dla Twojego przypadku nie powiodą się lub jeśli nie zdecydujesz się na udział w nich, na Twój wniosek przeprowadzamy drugie, ostatnie wyszukiwanie. Przy potwierdzeniu udziału zapewniamy wsparcie w zakresie kontaktu z ośrodkiem badawczym, pomoc administracyjną (w tym tłumaczenia dokumentacji

rejestracyjnych) oraz informacje dotyczące podróży i zakwaterowania.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

24. Raportu Eksperta Medycznego nie przygotowujemy dla:
 - 1) Chorób Psychiczych;
 - 2) problemów stomatologicznych;
 - 3) przypadków, w których w dniu złożenia wniosku o Świadczenie przebywasz w Szpitalu w celu diagnostyki lub leczenia związanych z Kwalifikowaną Chorobą;
 - 4) przypadków, w których nie zakończyło się postępowanie diagnostyczne związane z Kwalifikowaną Chorobą;
 - 5) stanów ostrych wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej.
25. W ramach Medycyny Precyzyjnej nie pokrywamy:
 - 1) kosztu wykonania biopsji w celu pobrania próbki do testu profilowania molekularnego (z wyjątkiem pobrania krwi do biopsji płynnej);
 - 2) kosztów medycznych związanych z udziałem w Badaniu Klinicznym, które nie są finansowane przez organizatora badania (w tym bieżącego leczenia nowotworu oraz leczenia skutków ubocznych i powikłań spowodowanych badanym lekiem);
 - 3) kosztów podróży i zakwaterowania związanych z pobraniem próbek lub wizytami w trakcie Badania Klinicznego;
 - 4) opłat administracyjnych związanych z przystąpieniem do Badania Klinicznego.

JAK SKORZYSTAĆ Z PAKIETU MEDYCZNA OPINIA EKSPERCKA

26. Aby skorzystać ze Świadczeń w Pakiecie Medyczna Opinia Eksperska skontaktuj się z nami:
 - 1) pod numerem infolinii PKO Ubezpieczenia wskazanym w Polisie albo
 - 2) przez stronę internetową PKO Ubezpieczenia.
27. Further na nasze zlecenie poinformuje Cię, jaka dokumentacja medyczna jest potrzebna do przygotowania Raportu Eksperta Medycznego, a w ramach Medycyny Precyzyjnej wskaże rodzaj materiału biologicznego, jaki jest wymagany do profilowania molekularnego.
28. W przypadku Raportu Eksperta Medycznego, po potwierdzeniu kwalifikowalności, wyznaczony Ekspert Medyczny sporządzi raport. Przed przekazaniem Ci raportu skontaktujemy się z Tobą, aby go omówić. Raport otrzymasz w postaci elektronicznej.
29. W przypadku Medycyny Precyzyjnej, po potwierdzeniu kwalifikowalności, zorganizowany zostanie odbiór próbki i dostarczenie jej do laboratorium celem przeprowadzenia Testu Somatycznego. Po otrzymaniu wyników z laboratorium, wyznaczony Zespół Lekarsko-Eksperski na ich podstawie sporządzi Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej. Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej otrzymasz w postaci elektronicznej. Jeśli Raport Eksperski Medycyny Precyzyjnej zidentyfikuje potencjalnie dziedziczną mutację genu, a Ty uzyskasz pozytywny wynik Testu Linii Germinalnej, zorganizujemy Testy Linii Germinalnej dla kwalifikujących się bezpośrednich członków rodziny.
30. Możemy poprosić również o inne informacje lub dokumenty, jeśli będą niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności.

ODSTĄPIENIE OD PAKIETU MEDYCZNA OPINIA EKSPERCKA, WYPOWIEDZENIE PAKIETU MEDYCZNA OPINIA EKSPERCKA

31. Możesz odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska w ciągu 30 dni od:



Jeżeli zdiagnozowano u Ciebie Kwalifikowaną Chorobę. Na Twój wniosek niezależny Ekspert Medyczny analizuje dokumentację i sporządza Raport Eksperta Medycznego. To pakiet usługowy: organizujemy i opłacamy opinię oraz badania, ale nie wypłacamy świadczeń pieniężnych ani nie pokrywamy kosztów leczenia. Z opinii dla danej Kwalifikowanej Choroby korzystasz raz.

- 1) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta w obecności naszego agenta – albo
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska lub potwierdzenia informacji wymaganych przepisami prawa przy zawieraniu umów na odległość – w zależności od tego, który termin jest późniejszy – jeśli ta dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na odległość.
32. W każdym czasie możesz nam wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska. Wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska rozwiązuje się:
- 1) w przypadku wypowiedzenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska – z dniem, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wypowiedzenia po 30 dniach od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska – z ostatnim dniem Miesiąca Rozliczeniowego, w którym złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
33. Uznamy również, że dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska została przez Ciebie wypowiedziana, jeśli nie zapłacisz Składki Miesięcznej mimo uprzedniego wezwania Cię do zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni.
34. Termin na odstąpienie lub wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu lub wypowiedzeniu zostało do nas nadane.
35. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska nie skutkuje odstąpieniem od Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
36. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska nie skutkuje wypowiedzeniem Pakietu Życie i pozostałych Pakietów Dodatkowych.
37. Jeśli dodatkowa umowa ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska rozwiąże się lub wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, przysługuje Ci zwrot składki za niewykorzystany Okres Ochrony. W przypadku odstąpienia od dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska lub wypowiedzenia dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczna Opinia Eksperska w ciągu 30 dni od dnia zawarcia tej dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrócimy Ci wpłaconą składkę – pomniejszoną o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

38. W sprawach nieuregulowanych dla tej dodatkowej umowy ubezpieczenia stosujemy postanowienia działu I (Definicje), działu III (Składka), działu V (Postępowanie w razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego), działu VIII (Reklamacje, skargi, zażalenia) i działu IX (Postanowienia końcowe).

XVIII. MODUŁ POWRÓT DO ZDROWIA ROZSZERZAJĄCY ŚWIADCZENIA W RAMACH PAKIETU ZDROWIE, PAKIETU ZDROWIE ROZSZERZONEGO O PAKIET ZDROWIE PREMIUM, PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, PAKIETU SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ROZSZERZONEGO O PAKIET SZPITALNY PREMIUM, PAKIETU WYPADKOWEGO, PAKIETU CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

1. Ze Świadczeń w ramach Modułu Powrót do Zdrowia możesz skorzystać, jeśli wystąpi Zdarzenie Ubezpieczeniowe:
 - 1) Twoje Poważne Zachorowanie,
 - 2) Twój Nowotwór in situ,
 - 3) Twoja Operacja Plastyczna po leczeniu Nowotworu Złośliwego,
 - 4) Twój Uraz,
 - 5) Twoja Czasowa Niezdolność do Pracy,
 - 6) Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 7) Twoja Operacja Medyczna w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 8) Twoje Leczenie Szpitalne w następstwie Choroby.
2. Masz prawo korzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia przez 12 miesięcy od daty wypłaty Świadczenia z tytułu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 1.
3. Jeśli Twoje Leczenie Szpitalne i Operacja Medyczna są następstwem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, Świadczenia z Modułu Powrót do Zdrowia przysługują Ci tylko z tytułu zajścia jednego z tych Zdarzeń Ubezpieczeniowych. W takim przypadku możesz korzystać ze Świadczeń z Modułu Powrót do Zdrowia przez 12 miesięcy od daty wypłaty pierwszego Świadczenia z tych Zdarzeń Ubezpieczeniowych.
4. W ramach Modułu Powrót do Zdrowia możesz korzystać z:
 - 1) Konsultacji Lekarskich,
 - 2) Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - 3) Badań Obrazowych,
 - 4) Rehabilitacji,
 - 5) Sprzętu Rehabilitacyjnego,
 - 6) Transportu Medycznego,
 - 7) Programu Aptecznego.
5. My organizujemy Świadczenia i w ramach jednego Modułu Powrót do Zdrowia pokrywamy ich koszty do kwoty 10 000 zł na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe, wymienione w pkt 1 z zastrzeżeniem, że w ramach Programu Aptecznego pokrywamy koszty zakupu leków lub innych produktów w aptece do kwoty 1 000 zł.
6. Jeśli chcesz skorzystać z dostępnej pomocy w ramach Modułu Powrót do Zdrowia, skontaktuj się z Centrum Pomocy i poinformuj o chęci skorzystania ze Świadczeń.
7. Centrum Pomocy ustali z Tobą zakres potrzebnej pomocy, a następnie poinformuje Cię o dokumentach, jakie będą potrzebne do zorganizowania Świadczeń.
8. W zależności od Świadczenia, z jakiego chcesz skorzystać, Centrum Pomocy będzie potrzebowało:
 - 1) kopii dokumentacji medycznej,
 - 2) skierowania lub zalecenia od Lekarza Prowadzącego na przeprowadzenie: Konsultacji Lekarskich, Badań Obrazowych, Diagnostyki Laboratoryjnej, Rehabilitacji, lub dostarczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego,
 - 3) recepty na leki oraz dowodów zakupu leków lub innych produktów w aptece (paragon lub faktura).Dokumenty dostarcz do Centrum Pomocy – w sposób, który z nimi uzgodnisz.
9. Świadczenia w ramach Modułu Powrót do Zdrowia organizujemy wyłącznie w Polsce.
10. Jeśli z niezależnych od Ciebie przyczyn kontakt telefoniczny z Centrum Pomocy nie był możliwy i dana usługa należąca Ci w ramach Świadczeń wymienionych w pkt 4 została przez Ciebie zorganizowana i opłacona we własnym zakresie, powiadom o tym Centrum Pomocy – do 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie z Centrum Pomocy stało się możliwe. W takiej sytuacji Centrum Pomocy zwraca poniesione przez Ciebie koszty na podstawie dokumentów, które potwierdzają te koszty i wystąpienie danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
11. Centrum Pomocy zwraca rzeczywiste koszty, ale do wysokości limitu dla danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.



Jeśli potrzebujesz skorzystać ze świadczenia, zadzwoń do centrum pomocy:

telefon + 48 (22) 522 27 72

Centrum pomocy pracuje przez całą dobę, 7 dni w tygodniu.

Opłata za połączenie zgodna z cennikiem Twojego operatora.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia UI/WU/UŻ/09-2026/7 zostały przyjęte uchwałą Zarządu PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej z dnia 22.09.2026 r.



Prezes Zarządu
Konrad Kluska



Wiceprezes Zarządu
Robert Świderski

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE

Poważne Zachorowania w Pakiecie Zdrowie Premium

Odpowiadamy wyłącznie za takie Poważne Zachorowanie, którego przyczyna (w tym choroba, uraz lub inne zdarzenie leżące u jego podstaw), a także diagnoza, rozpoznanie oraz Nieszczęśliwy Wypadek będący jego przyczyną, wystąpiły w Okresie Ochrony.

Powyższe stosuje się do wszystkich Poważnych Zachorowań objętych niniejszym załącznikiem.

Poważne Zachorowanie		Świadczenie % Sumy Ubezpieczenia	Definicja
UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY			
1	ABLACJA ZABURZEŃ RYTMU SERCA	25	Zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru serca, który jest źródłem zaburzeń rytmu serca. Odpowiadamy wyłącznie za taką ablację, która zgodnie z dokumentacją medyczną stanowi udokumentowaną konsekwencję rozpoznanego w Okresie Ochrony zaburzenia rytmu serca. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano ablację zaburzeń rytmu serca.
2	ANGIOPLASTYKA TĘTNIC WIEŃCOWYCH	50	Przełaskorny, pierwszy w życiu i wykonany w Okresie Ochrony ubezpieczeniowej zabieg angioplastyki z wykorzystaniem cewnika balonowego, z wszczepieniem stentu w celu korekcji zwężenia światła jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu lub przełaskorne leczenia miażdżycowego zwężenia tętnicy (aterektomia). Konieczność wykonania zabiegu musi wynikać z dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub lekarza wykonującego zabieg. Zwężenie musi: 1) być potwierdzone angiografią ze wskazaniem stopnia zwężenia przed zabiegiem oraz 2) powodować pogorszenie funkcji komory lub 3) wywoływać objawy niedokrwienia mięśnia sercowego potwierdzone EKG wysiłkowym lub innym badaniem diagnostycznym wskazanym w dokumentacji medycznej, lub 4) być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem serca. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano zabieg. Angioplastyką Tętnic Wieńcowych w rozumieniu WU nie jest koronarografia ani inne badanie diagnostyczne niewiążące się z wykonaniem przełaskornej interwencji wieńcowej.
3	CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY AORTY BRZUSZNEJ	100	Metoda polegająca na zastąpieniu protezą naczyniową odcinka aorty brzusznej zmienionego z powodu choroby lub urazu. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej dotyczącej wyłącznie izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej, zabiegów wewnątrznaczyniowych, w tym wszczepienia stentów oraz naprawy wewnątrznaczyniowej (EVAR). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano wskazaną powyżej operację chirurgiczną.
4	CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY AORTY PIERSIOWEJ	100	Metoda polegająca na zastąpieniu protezą naczyniową odcinka aorty piersiowej zmienionego z powodu choroby lub urazu. Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej dotyczącej wyłącznie izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej, zabiegów wewnątrznaczyniowych, w tym wszczepienia stentów oraz naprawy wewnątrznaczyniowej (EVAR). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano wskazaną powyżej operację chirurgiczną.

5	CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ SERCA (BY-PASS)	100	Metoda polegająca na wszczępieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej. Zabieg pomostowania, niezależnie od liczby wszczepionych pomostów, stanowi jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano wskazaną powyżej operację chirurgiczną.
6	CHIRURGICZNE LECZENIE ZASTAWKOWEJ WADY SERCA	100	Metoda leczenia naturalnej albo nabytej wady zastawki serca polegająca na: a) wymianie zastawki naturalnej na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną lub b) rekonstrukcji lub plastyce nieprawidłowo pracujących elementów zastawki naturalnej. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano wskazaną powyżej metodę leczenia.
7	ENDARTEREKTOMIA TĘTNICY SZYJNEJ	50	Przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej metodą endarterektomii (usunięcie blaszek miażdżycowych z tętnic szyjnych). Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, w tym stentowania tętnicy szyjnej, niezależnie od miejsca dostępu naczyniowego. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano endarterektomię tętnicy szyjnej.
8	KARDIOMIOPATIA	75	Stan upośledzenia czynności komór (o różnej etiologii) spowodowany pierwotną chorobą mięśnia sercowego, skutkujący trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem fizycznym co najmniej w stopniu III według klasyfikacji niewydolności serca New York Heart Association (NYHA) lub trwałym obniżeniem frakcji wyrzutowej poniżej 30%. Rozpoznanie kardiomiopatii musi zostać potwierdzone przez konsultującego kardiologa. Kardiomiopatia obejmuje postać rozstrzeniową, przerostową i restrykcyjną. Kardiomiopatią w rozumieniu WU nie jest kardiomiopatia wtórna, w której zaburzenia budowy lub funkcji serca rozwijają się w następstwie innej choroby ogólnoustrojowej, metabolicznej, endokrynologicznej, zakaźnej, toksycznej (wskutek nadużywania alkoholu, kokainy, amfetaminy) oraz kardiomiopatia Takotsubo. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano kardiomiopatię w sposób opisany powyżej.
9	KARDIOMIOPATIA TAKOTSUBO WYMAGAJĄCA HOSPITALIZACJI	50	Przejściowe zaburzenia kurczliwości ścian lewej komory serca ze wzrostem troponiny sercowej powyżej górnej granicy normy, bez istotnych hemodynamicznie zwężeń w tętnicach wieńcowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię Takotsubo, którą rozpoznał lekarz kardiolog i z powodu której zastosowano hospitalizację. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano kardiomiopatię Takotsubo w sposób opisany powyżej oraz b) rozpoczęto hospitalizację.

10	WSZCZEPIENIE UKŁADU STYMULUJĄCEGO SERCE	25	Pierwszy w życiu i wykonany w Okresie Ochrony zabieg wszczepienia na stałe do ciała Ubezpieczonego: a) urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji, lub b) urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca (stymulatora resynchronizującego), lub c) urządzenia stymulującego serce (stymulatora serca / rozrusznika). Wszczepieniem Układu Stymulującego Serce w rozumieniu WU nie są zabiegi repozycji, rewizji oraz wymiany układu stymulującego serce lub jego elementów. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano wszczepienie na stałe wskazanego powyżej urządzenia.
11	ZATOR PNIA TĘTNICY PŁUCNEJ	100	Zamknięcie lub częściowe ograniczenie przepływu pnia tętnicy płucnej spowodowane skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną jednoznacznie rozpoznano zator pnia tętnicy płucnej.
UKŁAD NERWOWY			
12	BAKTERYJNE ZAPALENIE MÓZGU LUB OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH	50	Zakaźna choroba bakteryjna układu nerwowego przebiegająca z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych lub rdzenia kręgowego (w tym z objawami oponowymi). Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jego czynnik etiologiczny i w przebiegu którego zastosowano hospitalizację. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano chorobę w sposób opisany powyżej oraz b) rozpoczęto hospitalizację.
13	BĄBŁOWIEC MÓZGU	100	Choroba pasożytnicza ośrodkowego układu nerwowego wywołwana przez tasiemce z rodzaju Echinococcus. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza specjalistę na podstawie biopsji lub badań obrazowych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano bąblowca mózgu w sposób opisany powyżej.

14	CHOROBA ALZHEIMERA LUB STAN OTĘPIENNY	100	Choroba Alzheimerera lub otępienie (demencja) w postaci umiarkowanej lub zaawansowanej, skutkujące trwałą dysfunkcją poznawczą z postępującym pogorszeniem zdolności wykonywania wszystkich poniższych czynności odpowiadających co najmniej 4. etapowi skali GDS: • Pamiętanie • Rozumowanie • Postrzeganie, rozumienie, wyrażanie i realizowanie idei (myśli). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie geriatry, neurologii lub psychiatrii, potwierdzonych wywiadem klinicznym, badaniami neuropoznawczymi. Chorobą Alzheimerera lub Stanem Otępiennym w rozumieniu WU nie są otępienia i uszkodzenia mózgu powstałe wskutek chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS) oraz wskutek nadużywania alkoholu, leków lub substancji psychoaktywnych oraz łagodne zaburzenia poznawcze (MCI – Mild Cognitive Impairment. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano stan otępienny opisany powyżej.
15	CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA	100	Choroba mózgu o etiologii prionowej, której rozpoznanie musi: 1) być jednoznacznie potwierdzone diagnozą lekarza neurologa zgodnie z aktualnymi kryteriami rozpoznania oraz 2) znajdować potwierdzenie w co najmniej jednym z badań: typowy zapis EEG, dodatni wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym, dodatni wynik badania RT-QuIC lub typowy obraz rezonansu magnetycznego (sekwencje dyfuzyjne DWI). Rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chorobę Creutzfeldta-Jakoba w sposób opisany powyżej.
16	CHOROBA HEINEGO-MEDINA (POLIO)	100	Zakażenie wirusem polio, które doprowadziło do porażenia mięśni kończyn lub mięśni oddechowych, pod warunkiem że porażenia utrzymywały się przez okres co najmniej 90 dni. Rozpoznanie musi potwierdzić lekarz specjalista (neurolog). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną stwierdzono utrzymywanie się porażenia przez wskazany powyżej okres.
17	CHOROBA HUNTINGTONA	100	Choroba układu nerwowego o podłożu genetycznym, w której głównymi objawami są ruchy płasawicze, otępienie i zaburzenia osobowości. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę (neurologa) zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, na podstawie obrazu klinicznego i wywiadu rodzinnego, i może być potwierdzone badaniem genetycznym genu HTT. Kod ICD właściwy dla tej choroby może stanowić dowód pomocniczy, lecz nie jest samodzielnym warunkiem odpowiedzialności. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chorobę Huntingtona w sposób opisany powyżej.

18	CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO	100	Neurodegeneracyjna choroba obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, którą rozpoznał lekarz neurolog na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) lub – w przypadkach, w których EMG jest niediagnostyczne (np. pierwotne stwardnienie boczne) – zgodnie z aktualnymi standardami rozpoznania (np. kryteriami Gold Coast), i w przebiegu której stwierdzono: a) osłabienie lub zanik mięśni oraz b) ograniczenie ruchów czynnych. Odpowiedzialność obejmuje stwardnienie zanikowe boczne (SLA, ang. ALS, choroba Lou Gehriga), postępujący zanik mięśni (PMA), pierwotne stwardnienie boczne (PLS), postępujące porażenie opuszkowe (PBP) oraz rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chorobę w sposób opisany powyżej.
19	CHOROBA PARKINSONA	100	Neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana zanikiem komórek nerwowych mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, którą rozpoznał lekarz specjalista (neurolog) i w przebiegu której stwierdzono co najmniej dwa z poniższych następstw: a) drżenie spoczynkowe, b) spowolnienie ruchowe, c) zwiększone napięcie mięśni. Chorobą Parkinsona w rozumieniu WU nie jest parkinsonizm objawowy. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano chorobę Parkinsona w sposób opisany powyżej oraz b) stwierdzono co najmniej dwa ze wskazanych powyżej następstw.
20	MIASTENIA	75	Choroba autoimmunologiczna złącza nerwowo-mięśniowego, charakteryzująca się zmiennym osłabieniem i męczliwością mięśni. Odpowiadamy wyłącznie za taką miastenię, którą rozpoznał lekarz specjalista (neurolog) na podstawie badania przeciwciał anty-AChR, anty-MuSK, anty-LRP4 lub innych przeciwciał właściwych dla diagnostyki miastenii, albo próby farmakologicznej lub badania EMG; ujemny wynik badań przeciwciał nie wyłącza odpowiedzialności, jeżeli rozpoznanie postaci seronegatywnej zostało postawione zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Miastenią w rozumieniu WU nie są zespoły miasteniczne inne niż miastenia (w szczególności zespół Lamberta-Eatona, miastenia polekowa oraz wrodzone zespoły miasteniczne). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano miastenię w sposób opisany powyżej.

21	ŁAGODNY GUZ MÓZGU WYMAGAJĄCY LECZENIA OPERACYJNEGO LUB POWODUJĄCY TRWAŁY UBYTEK NEUROLOGICZNY	100	Niezłośliwy guz wywodzący się z mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych lub nerwów czaszkowych znajdujących się wewnątrz czaszki, którego rozpoznanie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga. Guz taki musi zostać zakwalifikowany jako wymagający usunięcia neurochirurgicznego/radiochirurgii lub – jeśli jest nieoperacyjny albo nie może być leczony radioterapią – musi powodować trwały ubytek neurologiczny utrzymujący się przez co najmniej 3 miesiące. Napady padaczkowe nie są uznawane za trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz odpowiednim wynikiem badania obrazowego (TK lub MRI). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano łagodny guz mózgu wymagający leczenia operacyjnego lub powodujący trwały ubytek neurologiczny w sposób opisany powyżej. Łagodnym Guzem Mózgu Wymagającym Leczenia Operacyjnego lub Powodującym Trwały Ubytek Neurologiczny w rozumieniu WU nie są: • guzy przysadki mózgowej o średnicy mniejszej niż 10 mm, • ziarniniaki, • zmiany naczyniowe mózgu (tętnicze lub żyłne), • krwiaki, • ropnie mózgu, • zmiany w obrębie rdzenia kręgowego.
22	PARALIŻ KOŃCZYN WSKUTEK USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO	100	Całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn na skutek urazu lub choroby, gdy taka utrata funkcji utrzymuje się w sposób ciągły przez co najmniej 3 miesiące i jest uznawana za trwałą przez lekarza specjalistę (neurologa). Paraliżem Kończyn wskutek Uszkodzenia Rdzenia Kręgowego w rozumieniu WU nie jest przemijające osłabienie mięśni lub niedowład (porażenie niecałkowite) będący następstwem zakażenia wirusowego, samookaleczenia lub próby samobójczej. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną potwierdzono trwały i nieodwracalny charakter utraty funkcji ruchowej.

23	POWAŻNY URAZ MÓZGU	100	Uraz głowy w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym i niezdolnością do wykonywania co najmniej jednej z czynności życia codziennego (ADL). Wykaz czynności życia codziennego (ADL): • Ubieranie się – zdolność do zakładania i zdejmowania odzieży bez pomocy • Przemieszczanie się (transfer) – zdolność do wstawania i kładzenia się do łóżka lub siadania i wstawania z krzesła bez pomocy • Poruszanie się – zdolność do przemieszczania się z pokoju do pokoju bez fizycznej pomocy • Kontrolowanie czynności fizjologicznych – zdolność do kontrolowania funkcji jelit i pęcherza moczowego w celu utrzymania higieny osobistej • Jedzenie – zdolność do przeniesienia pokarmu z talerza do ust bez pomocy • Kąpanie się – zdolność do kąpieli i brania prysznica bez pomocy Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez konsultującego neurologa i poparte jednoznacznymi wynikami rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej lub innych odpowiednich, wiarygodnych technik obrazowania. Wyłącza się następujące przypadki: uraz rdzenia kręgowego oraz uraz głowy spowodowany jakimikolwiek innymi przyczynami. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano poważny uraz mózgu zgodnie z powyższymi kryteriami.
24	POSTĘPUJĄCE PORAŻENIE NADJĄDROWE	100	Postępująca choroba neurodegeneracyjna z grupy tauopatii, charakteryzująca się objawami zespołu parkinsonowskiego i otępienia z upośledzeniem ruchów gałek ocznych i funkcji ruchowych z towarzyszącym drżeniem, sztywnością ruchów i niestabilnością postawy. Dniem Wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną lekarz specjalista (neurolog) dokonał jednoznacznego rozpoznania postępującego porażenia nadjądrowego.
25	ROPIEŃ MÓZGU	50	Miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania otorbionego ogniska ropnego w obrębie mózgu, przebiegające ze stanem zapalnym i rozpadem tkanek ulegających otorbieniu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badań obrazowych mózgu/głowy – tomografii komputerowej (TK/CT) z kontrastem lub rezonansu magnetycznego (MR/MRI) z kontrastem, z uwzględnieniem sekwencji dyfuzyjnych DWI – oraz przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, neurochirurgii, chorób zakaźnych albo radiologii i diagnostyki obrazowej. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano ropień mózgu w sposób opisany powyżej.

26	STWARDNIENIE ROZSIANE	50	Choroba ośrodkowego układu nerwowego o charakterze zapalno-demielinizacyjnym. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które rozpoznał lekarz specjalista (neurolog) zgodnie z aktualnymi kryteriami diagnostycznymi, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego oraz – jeżeli wymagają tego aktualne kryteria – z uwzględnieniem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, biomarkerów i dodatkowych cech obrazowych, potwierdzających czasowe i przestrzenne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano stwardnienie rozsiane w sposób opisany powyżej.
27	ŚPIĄCZKA	100	Stan głębokiego zaburzenia świadomości potwierdzony przez lekarza neurologa wyrażający się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikający z uszkodzenia mózgu skutkującego trwałym ubytkiem neurologicznym. Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini-Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego, ang. Mini-Mental State Examination) na poniżej 20 punktów. Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano śpiączkę w sposób opisany powyżej oraz b) stwierdzono co najmniej jedno ze wskazanych powyżej następstw uszkodzenia mózgu.
28	TĘTNIAK MÓZGU LECZONY ZABIEGOWO	25	Tętniak naczyń wewnątrzczaszkowych, który został wyłączony z krążenia. Odpowiadamy wyłącznie za taki tętniak mózgu leczony zabiegowo, który został wyłączony z krążenia z otwarciem czaszki lub zamknięty wewnątrznaczyniowo bez otwierania czaszki. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia tętniaka mózgu.

29	WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU LUB OPON MÓZGOWO- RDZENIOWYCH	50	Zakaźna choroba wirusowa układu nerwowego, przebiegająca z neurologicznymi objawami objęcia procesem zapalnym mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych lub rdzenia kręgowego. Odpowiadamy wyłącznie za takie wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało leczenia szpitalnego i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych w sposób opisany powyżej oraz b) rozpoczęto hospitalizację.
30	WŚCIEKLIZNA	100	Choroba zakaźna wywołana wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano wściekliznę w sposób opisany powyżej.
ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA			
31	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA (ANEMIA APLASTYCZNA)	100	Potwierdzona przez lekarza hematologa pierwsza w życiu niewydolność szpiku kostnego w następstwie hipoplazji lub aplazji szpiku, prowadząca do pancytopenii obejmującej linie: granulocytową, czerwono krwinkową i płytkotwórczą. Odpowiadamy wyłącznie za taką niedokrwistość aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie badania szpiku kostnego potwierdzającego hipoplazję lub aplazję szpiku oraz na podstawie kryteriów pancytopenii. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano niedokrwistość aplastyczną w sposób opisany powyżej.
32	PRZESZCZEP SERCA, PŁUCA, NERKI, WĄTROBY, TRZUSTKI ALBO SZPIKU KOSTNEGO	100	Poddanie się przeszczepieniu lub zakwalifikowanie do przeszczepu lub umieszczenie na liście oczekujących na przeszczep jednego lub kilku narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki, albo przeszczepieniu szpiku kostnego z wykorzystaniem krwiotwórczych komórek macierzystych, poprzedzonego całkowitą ablacją szpiku kostnego lub komórek krwiotwórczych. Nie uważa się za przeszczep wszczepienia narządu sztucznego ani fragmentu narządu (w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa), z wyłączeniem przeszczepienia części narządu pochodzącego od dawcy żywego, które jest objęte ochroną. Przeszczepem Serca, Płuca, Nerki, Wątroby, Trzustki albo Szpiku Kostnego w rozumieniu WU nie jest podawanie komórek macierzystych w celach eksperymentalnych, regeneracyjnych ani procedury niewymagające przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony pierwszy z warunków: wykonano przeszczep, zakwalifikowano do przeszczepu lub wpisano na oficjalną listę oczekujących na przeszczep.

33	WZNOWA LUB NAWRÓT NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO	25	Ponowne wystąpienie tego samego, zdiagnozowanego w Okresie Ochrony nowotworu złośliwego lub jego przerzutu po okresie co najmniej 24 miesięcy całkowitej remisji potwierdzonej dokumentacją medyczną. Wznowa, progresja lub przerzut tego samego nowotworu, które wystąpią przed upływem 24 miesięcy od całkowitej remisji, są traktowane jako kontynuacja pierwotnego zdarzenia ubezpieczeniowego i nie uprawniają do kolejnego świadczenia. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano wznowę lub nawrót w sposób opisany powyżej.
34	LECZENIE NOWOTWORU CHEMIO- LUB RADIOTERAPIĄ	25	Rozpoczęcie chemioterapii systemowej (również chemioterapii podawanej doustnie), radioterapii lub leczenia radioizotopowego, stosowanych z powodu Nowotworu Złośliwego objętego naszą odpowiedzialnością w ramach Pakietu Zdrowie. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest pierwszy dzień zastosowania (rozpoczęcia) leczenia zgodnie z dokumentacją medyczną. Świadczenie przysługuje jednokrotnie w Okresie Ochrony.
NARZĄDY WEWNĘTRZNE			
35	IDIOPATYCZNE NADCIŚNIENIE PŁUCNE	100	Choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę (kardiologa) w Okresie Ochrony i po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego, charakteryzująca się wzrostem ciśnienia krwi w tętnicach płucnych i naczyniach włosowatych płuc ze wzrostem przepływu krwi przez płuca lub wzrostem oporu naczyń płucnych z rozwojem niewydolności prawej komory serca. Musi występować kliniczne upośledzenie czynności serca skutkujące trwałą utratą zdolności do wykonywania czynności fizycznych co najmniej w stopniu 3 według klasyfikacji wydolności czynnościowej New York Heart Association (NYHA): skutkujące wyraźnym ograniczeniem aktywności fizycznej, gdy aktywność mniejsza niż zwykła powoduje zmęczenie, kołatanie serca, duszność lub ból w klatce piersiowej. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone wynikami badań instrumentalnych – pomiarem średniego ciśnienia w tętnicy płucnej w spoczynku podczas cewnikowania serca (20 mmHg i wyżej), wynikami echokardiografii oraz udokumentowanymi dowodami klinicznych objawów przerostu lub poszerzenia prawej komory serca. Nadciśnieniem Płucnym w rozumieniu WU nie jest: • rozwój choroby na skutek stosowania alkoholu, środków narkotycznych, toksycznych i leczniczych bez recepty wystawionej przez wykwalifikowanego lekarza. • wtórne nadciśnienie płucne (np. spowodowane marskością wątroby i nadciśnieniem wrotnym, zakażeniem HIV lub układową chorobą tkanki łącznej jako chorobami podstawowymi). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano idiopatyczne nadciśnienie płucne w sposób opisany powyżej.

36	OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY	100	Nagła, postępująca niewydolność wątroby u osoby bez wcześniejszej choroby wątroby. Powinna charakteryzować się łącznie: wystąpieniem zaburzeń świadomości (encefalopatii, śpiączki) w ciągu mniej niż 8 tygodni od stwierdzenia żółtaczk (bilirubina >50 µmol/L) oraz zaburzeniami krzepnięcia krwi (INR ≥1,5). Ostrą Niewydolnością Wątroby w rozumieniu WU nie jest ostra niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby (typu B lub C) lub innym zakażeniem wirusowym, niewydolność powstała wskutek nadużywania alkoholu, choroby alkoholowej wątroby ani zatrucia lekami przyjmowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza lub bez takiego zalecenia, lub innymi substancjami chemicznymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano ostrą niewydolność wątroby w sposób opisany powyżej.
37	PIORUNUJĄCE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY	100	Rozległa martwica wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby, prowadząca szybko do jej niewydolności. Diagnoza potwierdzona przez lekarza specjalistę (hepatologa lub specjalistę chorób zakaźnych) musi spełniać co najmniej trzy z warunków: nagłe zmniejszenie rozmiaru wątroby, nagłe pogorszenie wyników badań czynnościowych, narastająca żółtaczka, encefalopatia wątrobowa, rozległa martwica rozplywna. Piorunującym Wirusowym Zapaleniem Wątroby w rozumieniu WU nie jest niewydolność wątroby spowodowana nadużywaniem alkoholu, chorobą alkoholową wątroby, przyjęciem leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczona przez producenta, przyjęciem leków wydawanych na receptę bez zalecenia lekarza, użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych, substancji psychoaktywnych albo innych substancji toksycznych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną spełniono co najmniej trzy ze wskazanych powyżej warunków.
38	NIEODWRACALNA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK WYMAGAJĄCA LECZENIA NERKOZASTĘPCZEGO	100	Trwałe, nieodwracalne upośledzenie czynności obu nerek lub jedynej nerki. Odpowiadamy wyłącznie za taką nieodwracalną niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano przewłokłą (stałą) dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki. Przez przewłokłą (stałą) dializoterapię rozumie się leczenie nerkozastępcze prowadzone regularnie z powodu nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności nerek. Nieodwracalną Niewydolnością Nerek wymagającą Leczenia Nerkozastępczego w rozumieniu WU nie jest ostra, odwracalna niewydolność nerek wymagająca jedynie czasowej dializoterapii. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest pierwszy dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zastosowano jedną ze wskazanych powyżej metod leczenia.

39	PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYP B	25	Choroba wątroby ze zmianami martwiczo-zapalnymi, wywołana przetrwałym zakażeniem HBV, trwająca ponad 180 dni i spełniająca łącznie: utrzymywanie się dodatniego antygenu HBsAg ponad 180 dni; poziom DNA HBV w surowicy powyżej progu kwalifikującego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; w biopsji wątroby przewlekłe zmiany martwiczo-zapalne (z możliwym włóknieniem) lub stwierdzenie włóknienia metodami nieinwazyjnymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną lekarz specjalista jednoznacznie rozpoznał przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w sposób opisany powyżej.
40	PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYP C	50	Choroba wątroby ze zmianami martwiczo-zapalnymi, wywołana przetrwałym zakażeniem HCV, trwająca ponad 180 dni i spełniająca łącznie: obecność RNA HCV w surowicy dłużej niż 180 dni; podwyższone stężenie aminotransferazy alaninowej (AlAT) dłużej niż 180 dni; w biopsji wątroby przewlekłe zmiany martwiczo-zapalne (z możliwym włóknieniem) lub stwierdzenie włóknienia metodami nieinwazyjnymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną lekarz specjalista jednoznacznie rozpoznał przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w sposób opisany powyżej.
41	SAMOISTNE WŁÓKNIE NIE PŁUC	75	Przewlekła, postępująca, włókniejąca choroba śródmiąższowa płuc o nieznanym przyczynie, powodująca włóknienie ograniczone do płuc. Odpowiadamy wyłącznie za takie samoistne włóknienie płuc, które rozpoznał lekarz pulmonolog na podstawie badań obrazowych płuc lub biopsji płuca. Samoistnym Włóknieniem Płuc w rozumieniu WU nie jest alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, pylica płuc, włóknienie płuc w przebiegu chorób tkanki łącznej oraz włóknienie polekowe. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano samoistne włóknienie płuc w sposób opisany powyżej.
42	SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	100	Schyłkowe lub końcowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez pulmonologa w oparciu o wszystkie parametry: co najmniej 3 wyniki badania FEV1 wykonane w odstępie 3 miesięcy stale poniżej 1 litra, konieczność stałej dodatkowej tlenoterapii z powodu hipoksemii, gazometria krwi tętniczej z ciśnieniem parcjalnym tlenu 55 mmHg lub mniej ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$), duszność spoczynkowa. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną zostały spełnione wszystkie z wyżej wymienionych warunków.

43	SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY	100	Schyłkowa niewydolność wątroby, w przebiegu której występują co najmniej dwa z poniższych objawów utrzymujące się przez okres co najmniej 3 miesięcy: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobową, d) żylaki przełyku lub żołądka. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza hepatologa lub gastroenterologa na podstawie dokumentacji medycznej ze szpitala. Schyłkową Niewydolnością Wątroby w rozumieniu WU nie jest niewydolność wątroby spowodowana nadużywaniem alkoholu, chorobą alkoholową wątroby, przyjęciem leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczona przez producenta, przyjęciem leków wydawanych na receptę bez zalecenia lekarza, użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych, substancji psychoaktywnych albo innych substancji toksycznych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną spełniono co najmniej dwa ze wskazanych powyżej kryteriów.
44	USUNIĘCIE PŁUCA (PNEUMONEKTOMIA)	100	Całkowite chirurgiczne usunięcie całego prawego lub całego lewego płuca. Usunięciem Płuca (Pneumonektomią) w rozumieniu WU nie jest usunięcie części płuca. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano pneumonektomię.
45	ZAKAŻONA MARTWICA TRZUSTKI	75	Jednoznacznie rozpoznana przez lekarza specjalistę zakażona martwica trzustki będąca powikłaniem ostrego zapalenia trzustki, w której zastosowano leczenie zabiegowe. Zakażoną Martwicę Trzustki w rozumieniu WU nie jest martwica spowodowana nadużywaniem alkoholu. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zakażoną martwicę trzustki i zastosowano wskazaną powyżej metodę leczenia.
CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE, UKŁADOWE I METABOLICZNE			
46	CAŁKOWITA UTRATA MOWY	100	Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani, fałdów głosowych lub nerwów krtaniowych albo uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu, w wyniku choroby lub urazu mających miejsce w Okresie Ochrony. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie otorynolaryngologii lub neurologii. Całkowitą Utratę Mowy w rozumieniu WU nie jest utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną stwierdzono utrzymywanie się całkowitej i nieodwracalnej utraty zdolności mówienia przez wskazany powyżej okres.

47	CAŁKOWITA UTRATA SŁUCHU W JEDNYM UCHU	25	Trwała i nieodwracalna jednostronna utrata zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę słuchu, którą rozpoznano w Okresie Ochrony na podstawie badania potwierdzającego, że jednostronna uśredniona wartość ubytku słuchu dla dźwięków pasma mowy wynosi co najmniej 80 dB. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę słuchu w jednym uchu w sposób opisany powyżej.
48	CAŁKOWITA UTRATA SŁUCHU W OBYDWU USZACH	100	Trwała i nieodwracalna obustronna utrata zdolności słyszenia. Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę słuchu, którą rozpoznano w Okresie Ochrony na podstawie badania potwierdzającego, że dla każdego z uszu uśredniona wartość ubytku słuchu dla dźwięków pasma mowy wynosi co najmniej 80 dB. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę słuchu w obydwu uszach w sposób opisany powyżej.
49	CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W JEDNYM OKU	50	Trwała i nieodwracalna jednostronna utrata zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę wzroku, której przyczyna i rozpoznanie nastąpiły w Okresie Ochrony na podstawie badania potwierdzającego, że ostrość widzenia w jednym oku po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 10 stopni. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę wzroku w jednym oku w sposób opisany powyżej.
50	CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W OBYDWU OCZACH	100	Trwała i nieodwracalna obustronna utrata zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę wzroku, której przyczyna i rozpoznanie nastąpiły w Okresie Ochrony oraz na podstawie badania potwierdzającego, że ostrość widzenia w każdym oku po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 10 stopni. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano całkowitą utratę wzroku w obu oczach w sposób opisany powyżej.
51	UTRATA KOŃCZYNY	100	Całkowita i trwała utrata kończyny w wyniku amputacji na wysokości przedramienia, ramienia, podudzia lub uda. Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę kończyny, która ma charakter całkowity i trwałą i została potwierdzona dokumentacją medyczną dotyczącą przeprowadzonej amputacji. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną wykonano amputację kończyny.

52	CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO- CROHNA	50	Przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita o charakterze ziarniniakowym. Prawo do świadczenia powstaje, jeżeli dojdzie do wytworzenia przetoki, zwężenia, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostało postawione zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na podstawie obrazu klinicznego, endoskopowego, histopatologicznego i obrazowego. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna w sposób opisany powyżej oraz stwierdzono jedno z wskazanych powikłań.
53	WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO	100	Przewlekły, nieswoisty proces zapalny błony śluzowej jelita grubego, przebiegający z okresami zaostrzeń i remisji, powodujący ciągłe i nieprzerwane zmiany w błonie śluzowej. Odpowiadamy wyłącznie za postać rozległą (E3) wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, tj. zmiany zapalne zlokalizowane w jelicie grubym proksymalnie do zagięcia śledzionowego, w tym pancolitis (zapalenie całego jelita grubego), którą rozpoznał lekarz gastroenterolog. Do rozpoznania choroby konieczne jest jej potwierdzenie w badaniu histopatologicznym wycinków śluzówki jelita pobranych podczas endoskopii jelita grubego. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano postać rozległą (E3) wrzodziejącego zapalenia jelita grubego w sposób opisany powyżej.
54	CUKRZYCA TYPU I (INSULINOZALEŻNA)	50	Zdiagnozowany przez diabetologa proces chorobowy o podłożu autoimmunologicznym, prowadzący do zniszczenia komórek wysp trzustkowych (wysepek Langerhansa) produkujących insulinę, w następstwie którego dochodzi do utraty zdolności wydzielania insuliny i konieczności stałego uzupełniania jej niedoborów insuliną podawaną z zewnątrz. Autoimmunologiczne podłoże powinno być potwierdzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (np. obecnością właściwych autoprzeciwciał, oceną stężenia C-peptydu). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano cukrzycę typu 1 w sposób opisany powyżej.
55	DYSTROFIA MIĘŚNIOWA	100	Grupa chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach szkieletowych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o co najmniej jedno z: a) zespół kliniczny z brakiem zaburzeń czucia i prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego, b) obraz elektromiograficzny typowy dla choroby, c) badanie molekularne (genetyczne) potwierdzające rozpoznanie, d) biopsja mięśni. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano dystrofię mięśniową w sposób opisany powyżej.

56	ŁUSZCZYCOWE ZAPALENIE STAWÓW	50	Przewlekła choroba zapalna stawów o nasileniu wielostawowym lub osiowym u osoby z łuszczycą. Odpowiadamy wyłącznie za takie łuszczycowe zapalenie stawów, które rozpoznał lekarz reumatolog i w którym procesem zapalnym utrzymującym się co najmniej 4 tygodnie została objęta co najmniej jedna z poniższych grup stawów: a) co najmniej 5 stawów kończyn, b) stawy kręgosłupa, c) staw krzyżowo-biodrowy. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano łuszczycowe zapalenie stawów w sposób opisany powyżej oraz b) upłynęły 4 tygodnie objęcia procesem zapalnym jednej ze wskazanych powyżej grup stawów.
57	REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS)	50	Przewlekła, układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym, w której stwierdzono nieswoiste zapalenie przeważnie symetrycznych stawów, zmiany pozastawowe i powikłania układowe, rozpoznana przez lekarza reumatologa. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną stwierdzono spełnienie powyższych kryteriów.
58	SARKOIDOZA Z ZAJĘCIEM PŁUC LUB SERCA	25	Uogólniona choroba ziarniniakowa charakteryzująca się zajęciem węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taką sarkoidozę, którą rozpoznał lekarz pulmonolog (a w przypadku zajęcia serca – również kardiolog) i w przebiegu której stwierdzono zajęcie płuc lub serca. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano sarkoidozę w sposób opisany powyżej oraz b) stwierdzono zajęcie jednego ze wskazanych powyżej narządów.
59	SEPSA (POSOCZNICA)	100	Zagrażająca życiu dysfunkcja narządów spowodowana nieprawidłową, dysregulowaną odpowiedzią organizmu na zakażenie (bakteryjne, grzybicze, wirusowe albo pasożytnicze), w następstwie której wystąpiła niewydolność co najmniej dwóch narządów lub układów (ośrodkowego układu nerwowego, krążenia, oddechowego, moczowego, krwiotwórczego, pokarmowego, wątroby). Diagnoza musi być potwierdzona w dokumentacji szpitalnej. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje uogólnionej reakcji zapalnej niezwiązanej z zakażeniem oraz sepsy będącej następstwem AIDS u Ubezpieczonego. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano sepsę w sposób opisany powyżej.

60	TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY Z ZAJĘCIEM NEREK, SERCA LUB UKŁADU NERWOWEGO	50	Choroba autoimmunologiczna przebiegająca z zajęciem narządów wewnętrznych potwierdzona przez lekarza reumatologa. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczень rumieniowaty układowy, który rozpoznał lekarz reumatolog i w przebiegu którego stwierdzono zajęcie co najmniej jednego z poniższych narządów lub układów: a) nerek, b) serca, c) układu nerwowego. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano toczень rumieniowaty układowy w sposób opisany powyżej. Ochrona nie obejmuje tocznia krążkowego (discoid) ani tocznia polekowego.
61	TWARDZINA UKŁADOWA Z ZAJĘCIEM NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH	100	Przewlekła układowa choroba tkanki łącznej charakteryzująca się uszkodzeniem naczyń krwionośnych i postępującym włóknieniem skóry oraz zajęciem narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taką twardzinę układową, którą rozpoznał lekarz dermatolog lub reumatolog i w przebiegu której stwierdzono zajęcie co najmniej jednego z poniższych narządów: a) płuc, b) przewodu pokarmowego, c) nerek, d) serca. Zajęcie narządu musi być potwierdzone biopsją i badaniami serologicznymi. Twardzinę Układową z Zajęciem Narządów Wewnętrznych w rozumieniu WU nie jest twardzina ograniczona (morphea), miejscowe postaci sklerodermii, eozynofilowego zapalenie powięzi, zespół CREST oraz twardzina plackowata, uogólniona, pęcherzowa, linijna i głęboka. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z warunków: a) rozpoznano twardzinę układową w sposób opisany powyżej oraz b) stwierdzono zajęcie co najmniej jednego ze wskazanych narządów.
62	ZESZTYWNIAJĄCE ZAPALENIE STAWÓW KRĘGOSŁUPA	50	Spondyloartropatia charakteryzująca się zajęciem stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa oraz prowadząca do usztywnienia kręgosłupa. Odpowiadamy wyłącznie za takie zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, które rozpoznał lekarz reumatolog. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa w sposób opisany powyżej.

63	ZIARNINIAKOWATOŚĆ Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA)	100	Układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniników, przy współistnieniu co najmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek leczonej dializoterapią, schyłkowej niewydolności oddechowej leczonej przewlekłą tlenoterapią, utraty wzroku, utraty słuchu. Choroba musi zostać rozpoznana zgodnie z aktualnymi kryteriami klasyfikacyjnymi (ACR/EULAR 2022); obecność przeciwciał PR3-ANCA/c-ANCA stanowi silne kryterium wspierające rozpoznanie. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano chorobę w sposób opisany powyżej i stwierdzono co najmniej jeden ze wskazanych objawów.
64	POWAŻNE OPARZENIA	100	Oparzenia co najmniej III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Dniem Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień wystąpienia poważnego oparzenia u Ciebie.
CHOROBY ZAKAŻNE, TROPIKALNE I PASOŻYTNICZE			
65	INFEKCYJNE ZAPALENIE WSIERDZIA	75	Zakażenie wsierdza w obrębie zastawek serca, komór i przedsionków lub śródbłónka dużych naczyń krwionośnych klatki piersiowej i połączeń naczyniowych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną jednoznacznie rozpoznano zapalenie wsierdza w sposób opisany powyżej.
66	CHOLERA	10	Choroba zakaźna wywołana przez przecinkowca cholery (<i>Vibrio cholerae</i>). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym na podstawie dokumentacji medycznej rozpoznano cholerę.
67	DUR BRZUSZNY	25	Choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego (<i>Salmonella typhi</i>). Nasza ochrona nie obejmuje bezobjawowego nosicielstwa pałeczek duru brzuszego (<i>Salmonella typhi</i>) lub pałeczek duru rzekomego (<i>Salmonella paratyphi</i>). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano dur brzuszny.
68	FILARIOZA LIMFATYCZNA	10	Zakaźna choroba pasożytnicza układu chłonnego (filarioza limfatyczna) wywołana przez nicienie filarialne, objawiająca się gorączką oraz zapaleniem węzłów i naczyń chłonnych. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę w oparciu o stwierdzenie obecności nicieni w tkankach, płynach ciała lub jamach ciała. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano filariozę limfatyczną w sposób opisany powyżej.

69	GORĄCZKA DENGA	10	Choroba zakaźna wywołana przez wirusa dengi. Odpowiadamy wyłącznie za taką Gorączkę Denga, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano Gorączkę Denga w sposób opisany powyżej.
70	CHOROBA EBOLA	25	Choroba zakaźna wywoływana przez wirusa Ebola (choroba wywołana wirusem Ebola). Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Ebola została potwierdzona metodami laboratoryjnymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną potwierdzono laboratoryjnie obecność wirusa Ebola.
71	GORĄCZKA LASSA	10	Choroba zakaźna wywoływana przez wirusa Lassa (gorączka Lassa). Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Lassa została potwierdzona metodami laboratoryjnymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną potwierdzono laboratoryjnie obecność wirusa Lassa.
72	GORĄCZKA MARBURG	10	Choroba zakaźna wywołana wirusem Marburg. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Marburg została potwierdzona metodami laboratoryjnymi. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną potwierdzono laboratoryjnie obecność wirusa Marburg.
73	GRUŻLICA LECZONA SZPITALNIE	50	Choroba zakaźna wywoływana przez prątki gruźlicy z kompleksu Mycobacterium tuberculosis (MTBC), będące w stadium aktywnej choroby, przebiegająca ze zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny lub włóknieniem, w postaci płucnej lub pozapłucnej. Odpowiadamy wyłącznie za taką Gruźlicę, którą rozpoznano na podstawie badania identyfikującego jej czynnik etiologiczny i w przebiegu której zastosowano leczenie przeciwpłatkowe oraz hospitalizację. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano Gruźlicę w sposób opisany powyżej oraz b) rozpoczęto hospitalizację i leczenie przeciwpłatkowe.

74	NEUROBORELIOZA	75	Odkleszczowa choroba układu nerwowego wymagająca hospitalizacji – neuroinfekcja przenoszona przez kleszcze, obejmująca neuroboreliozę wywołaną przez krętki z rodzaju <i>Borrelia</i> lub odkleszczowe zapalenie mózgu wywołane wirusem TBEV. Odpowiadamy wyłącznie za chorobę, która: • przebiegała z objawami zajęcia układu nerwowego, • wymagała hospitalizacji oraz • została potwierdzona właściwymi badaniami laboratoryjnymi: w przypadku neuroboreliozy – dwuetapowym badaniem serologicznym, a w przypadku odkleszczowego zapalenia mózgu – badaniem potwierdzającym zakażenie TBEV. Neuroboreliozę w rozumieniu WU nie są przypadki bezobjawowe, sam dodatni wynik badań bez objawów neurologicznych ani choroby odkleszczowe bez zajęcia układu nerwowego. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z powyższych warunków.
75	MALARIA (ZIMNICA)	25	Choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju <i>Plasmodium</i>. Rozpoznanie oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której wykryto: a) zarodźce malarii w rozmazie krwi włosniczkowej lub żyłnej, b) antygen zarodźca malarii w testach immunochromatograficznych, lub c) materiał genetyczny zarodźca metodą molekularną (PCR/NAAT). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zimnicę (malarię) w sposób opisany powyżej.
76	SCHISTOSOMATOZA	10	Choroba pasożytnicza wywołana przez przywry z rodzaju <i>Schistosoma</i>, przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepatosplenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego oraz badań laboratoryjnych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano schistosomatozę w sposób opisany powyżej.
77	TĘŻEC WYMAGAJĄCY LECZENIA SZPITALNEGO	75	Ostra choroba zakaźna wywołana toksyną wytwarzaną przez łaseczkę tężca (<i>Clostridium tetani</i>), rozwijająca się po wnikięciu zarodników bakterii do rany, uszkodzonych tkanek albo innego miejsca sprzyjającego namnażaniu bakterii, przebiegająca z objawami klinicznymi, wymagająca leczenia szpitalnego oraz leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i anatoksyną. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną został spełniony ostatni z następujących warunków: a) rozpoznano tężec w sposób opisany powyżej oraz b) rozpoczęto hospitalizację i wskazane leczenie.

78	ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV W WYNIKU TRANSFUZJI	100	Zakażenie wirusem HIV spowodowane podaniem w ramach leczenia zakażonej krwi, składników krwi albo produktów krwiopochodnych, jeżeli dokumentacja medyczna potwierdza, że były one źródłem zakażenia HIV. Podanie musi nastąpić w Okresie Ochrony, w jednostce organizacyjnej publicznej służby krwi albo innym uprawnionym podmiocie, a przetoczenie musi być wykonane w podmiocie leczniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zakażenie HIV musi zostać potwierdzone laboratoryjnie (w szczególności testem antygen/przeciwciała, testem potwierdzenia, oznaczeniem RNA HIV metodą NAT/PCR lub innym badaniem właściwym dla rozpoznania zakażenia HIV). Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną laboratoryjnie potwierdzono zakażenie HIV.
79	ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV ZAWODOWE	100	Zakażenie wirusem HIV będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone dokumentacją (w tym dokumentacją zgłoszenia i rejestracji ekspozycji zawodowej). Zakażenie HIV musi zostać potwierdzone laboratoryjnie (w szczególności testem antygen/przeciwciała, oznaczeniem RNA HIV metodą NAT/PCR, testem potwierdzenia anty-HIV lub innym badaniem właściwym dla rozpoznania zakażenia HIV), a nabycie zakażenia musi nastąpić w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną laboratoryjnie potwierdzono zakażenie HIV.
80	ZGORZEL GAZOWA	75	Ciężkie, szybko postępujące zakażenie tkanek miękkich, w szczególności mięśni, wywołane przez bakterie z rodzaju Clostridium, w szczególności Clostridium perfringens, Clostridium novyi, Clostridium septicum, Clostridium haemolyticum, Clostridium sordellii albo Clostridium histolyticum, najczęściej rozwijające się po ranie, urazie, zabiegu operacyjnym albo w warunkach niedokrwienia lub martwicy tkanek, przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, obrzękiem, martwicą tkanek oraz ogólnymi objawami toksemii. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano zgorzel gazową w sposób opisany powyżej.
81	ŻÓŁTA GORĄCZKA	10	Ostra choroba wirusowa wywołana przez wirusa żółtej gorączki (YFV) z rodziny Flaviviridae. Dniem Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień, w którym zgodnie z dokumentacją medyczną rozpoznano żółtą gorączkę.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA PKO ŻYCIE

Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

Rekomendacja:

POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCyny UBEZPIECZENIOWEJ

A. Uszkodzenia głowy

Lp.	Opis	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
1.	Uszkodzenie skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	Blizny - rozległe (powyżej 5 cm długości lub 2,5 cm ²), szpeczące, ściągające - w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości itp.	1 - 10
	Utrata skóry owłosionej - oskalpowanie (w zależności od obszaru)	
	b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1 - 10
	c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11 - 20
	d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21-30
Uwaga: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a).		
2.	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości obrażeń, wgłobień, fragmentacji	1-10
3.	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni - w zależności od rozmiarów:	
	a) poniżej 10 cm ²	1 - 10
	b) od 10 do 50 cm ²	11 - 15
	c) powyżej 50 cm ²	16 - 25
Uwaga: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego uszczerbku na zdrowiu, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz.1.		
4.	Nawracający płytotok uszny lub nosowy, przewlekłe zapalenie kości, ropowica podczepcowa leczona operacyjnie - uznane jako utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania obrażeń wymienionych w poz. 1, 2, 3 - ocenia się dodatkowo - w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1 - 15
5.	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta i/lub skalę Ashwortha):	
	a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0 - 1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
	b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4° - 3° według skali Ashwortha)	60-80
	c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3° - 4° według skali Lovetta lub 3° - 2° według skali Ashwortha)	40-60
	d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2 - 1°, 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	10 - 35
	e) porażenie kończyny górnej (0 - 1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3 - 4° według skali Lovetta lub 3 - 2° według skali Ashwortha)	70 - 90
	f) niedowład kończyny górnej (3 - 4° według skali Lovetta lub 3 - 2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0 - 1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	70 - 90
	g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0 - 1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	50 - 60
	h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2° - 2/3° według skali Lovetta lub 4 - 3° według skali Ashwortha)	30 - 50
	i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3 - 4° według skali Lovetta lub 3 - 2° według skali Ashwortha)	10 - 30
	j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0 - 1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	40-50
	k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2 - 2/3° według skali Lovetta lub 4 - 3° według skali Ashwortha)	25 - 40

	l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3 - 3/4° według skali Lovetta lub 3 - 2° według skali Ashwortha)	15 - 25
	l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4 - 4/5° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5 - 15

Uwaga:

- W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo według punktu 11 uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.
- W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać według punktu od 5 j do 5 ł oddzielnie dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTA

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
- 1° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5% prawidłowej siły mięśniowej
- 2° - wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego - 20% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka - 50% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° - zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem - 80% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° - prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100% prawidłowej siły mięśniowej

SKALA ASHWORTH

- 1° - brak wzmożonego napięcia mięśniowego
- 2° - nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
- 3° - bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
- 4° - wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
- 5° - sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

6.	Zespoły pozapiramidowe:		
	a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
	b)	znaczego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę nie wymagający opieki drugiej osoby	41 - 80
	c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę	21 - 40
	d)	nieznaczego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju	11 - 20
	e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5 - 10
7.	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:		
	a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41 - 80
	c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11 - 40
	d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1 - 10
8.	Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:		
	a)	padaczka z bardzo częstymi napadami - 3 napady w tygodniu i więcej	30 - 40
	b)	padaczka z napadami - powyżej 2 na miesiąc	20 - 30
	c)	padaczka z napadami - 2 i mniej na miesiąc	10 - 20
	d)	padaczka z napadami o różnej morfologii - bez utrat przytomności	1 - 10

Uwaga:

Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu.

W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:		
	a)	ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80 - 100
	b)	encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50 - 80
	c)	encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25 - 50
	d)	encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10 - 25

Uwaga:

Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK(CT) lub RM(NMR).

10.	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo - mózgowych:		
	a)	utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia	1 - 5
	b)	zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo - mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała - w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6 - 20
11.	Zaburzenia mowy:		
	a)	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno - motoryczna) z agrafią i aleksją	100
	b)	afazja całkowita motoryczna	60
	c)	afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40 - 59
	d)	afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20 - 39
	e)	afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10 - 19
12.	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnętrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):		
	a)	znacznie upośledzające czynność ustroju	31 - 50
	b)	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	15 - 30
13.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący):		
	a)	z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20 - 35
	b)	z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11 - 20
	c)	z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5 - 10
	d)	zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1 - 10
14.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:		
	a)	czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1 - 10
	b)	ruchowe	1 - 10
	c)	czuciowo - ruchowe	3 - 20
15.	Uszkodzenie nerwu twarzowego:		
	a)	obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	b)	obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3 - 19
	c)	izolowane uszkodzenie centralne	2 - 10
Uwaga: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5. lub 9.			
16.	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo - gardłowego i błędnego w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:		
	a)	niewielkiego stopnia	5 - 10
	b)	średniego stopnia	10 - 25
	c)	dużego stopnia	25 - 50
17.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia		3 - 15
18.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia		5 - 20
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.			

B. Uszkodzenia twarzy

19.	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):		
	a)	oszpечения - szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm długości, lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) blizny, bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1 - 10
	b)	oszpечения z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5 - 25
	c)	oszpечения połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpечение z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji - przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26 - 60
	d)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5

20.	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):		
	a)	widoczne, szpeczące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia	1 - 5
	b)	uszkodzenie struktury chrzęstno - kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6 - 15
	c)	uszkodzenie struktury chrzęstno - kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji - w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10 - 20
	d)	zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2 - 5
	e)	utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20 - 30
Uwaga: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa oceniać łącznie wg punktu 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg punktu 19.			
21.	Utrata zębów:		
	a)	stałe siekacze i kły - za każdy ząb:	
		I utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
		II utrata korony (co najmniej ½ korony) i /lub korzenia	1
	b)	pozostałe zęby - za każdy ząb:	
		I utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
		II całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
22.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:		
	a)	nieznacznego stopnia	1 - 5
	b)	średniego stopnia	6 - 10
	c)	znacznego stopnia	11 - 20
Uwaga: W przypadku urazu oczodołu z двоjeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg punktu 27b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 27a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki - dodatkowo z punktu 24.			
23.	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:		
	a)	częściowa	10 - 35
	b)	całkowita	40 - 50
24.	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:		
	a)	bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo - skroniowego - w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1 - 5
	b)	z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo - skroniowego - w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6 - 15
25.	Ubytek podniebienia:		
	a)	z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	10 - 25
	b)	z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń	26 - 40
26.	Ubytki i urazy języka - w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:		
	a)	ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń - ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1 - 3
	b)	ubytki języka - ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4 - 15
	c)	duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16 - 40
	d)	całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27.	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:												
	a)	przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli:											
	Tabela 27a												
		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)	utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku										1 - 10	
	c)	utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej										40	
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. Wartość uszczerbku w punkcie 27 c obejmuje oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.													
28.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:												
	a)	jednego oka											15
	b)	obu oczu											30
29.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:												
	a)	z zaburzeniami ostrości wzroku											wg tabeli 27a
	b)	bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia											1 - 5
30.	Uszkodzenie gałki ocznej - wskutek urazów drążących:												
	a)	z zaburzeniami ostrości wzroku											wg tabeli 27a
	b)	bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia											1 - 5
31.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:												
	a)	w zależności od zaburzeń ostrości wzroku											wg tabeli 27a
	b)	bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia											1 - 5
32.	Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 32:												

Tabela 32					
Zwężenie do		Przy nienaruszonym drugim oku		W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°		0		0	20 - 35%
50°		1 - 5%		10 - 15%	35 - 45%
40°		5 - 10%		15 - 25%	45 - 55%
30°		10 - 15%		25 - 50%	55 - 70%
20°		15 - 20%		50 - 80%	70 - 85%
10°		20 - 25%		80 - 90%	85 - 95%
poniżej 10°		25 - 35%		90 - 95%	95 - 100%
33.	Połowicze i inne niedowidzenia:				
	a)	dwuskroniowe			50
	b)	dwunosowe			25
	c)	jednoimienne			25
	d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)			1 - 15
34.	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:				
	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 27a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.					
35.	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
	a)	w jednym oku			wg tabeli 27a w granicach 15 - 35
	b)	w obu oczach			wg tabeli 27a w granicach 30 - 100
36.	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej - w zależności od stopnia i natężenia objawów:				
	a)	w jednym oku			5 - 10
	b)	w obu oczach			10 - 15
37.	Odwartwienie siatkówki jednego oka - pourazowe - oceniać wg tabeli 27a i 32 i/lub punktu 33d, nie mniej niż				3
Uwaga: Odwartwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwartwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.					
38.	Jaskra - wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy - ocena wg tabeli ostrości wzroku 27a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy, nie mniej niż				3
39.	Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia				35 - 100
40.	Zaćma pourazowa - oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a), po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji.				
41.	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:				
	a)	niewielkie zmiany			1 - 5
	b)	duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek			6 - 10
Uwaga: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27a.					

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42.	Upośledzenie ostrości słuchu:			
	a)	Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwałe uszkodzenie ocenia się wg niżej podanej tabeli:		
	Tabela 42a			
Obliczanie procentowego uszkodzenia na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)				
Ucho prawe		0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB
Ucho lewe				Pow. 70 dB
0 - 25 dB		0	5%	10%
26 - 40 dB		5%	15%	20%
41 - 70 dB		10%	20%	30%
pow. 70 dB		20%	30%	40%
Uwaga: Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.				
	b)	pourazowe, utrwalone szumy uszne - w zależności od stopnia nasilenia		
		1 - 5		
Uwaga: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu należy oceniać wyłącznie według tabeli 42a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi to oceniać wg punktu 48.				
43.	Urazy małżowiny usznej:			
	a)	znieskształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny - w zależności od stopnia uszkodzeń		
	b)	całkowita utrata jednej małżowiny		
	c)	całkowita utrata obu małżowin		
44.	Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego - jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu:			oceniać wg tabeli 42a
45.	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem:			
	a)	jednostronne		
	b)	obustronne		
46.	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:			
	a)	jednostronne		
	b)	obustronne		
47.	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej			oceniać wg tabeli 42a
48.	Uszkodzenie ucha wewnętrznego:			
	a)	z uszkodzeniem części słuchowej		
	b)	z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)		
	c)	z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)		
	d)	z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia		
49.	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:			
	a)	jednostronne		
	b)	dwustronne		

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50.	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5 - 10
51.	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5 - 10
	b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów	11 - 30
52.	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
	a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia	30 - 59
	b) z bezgłosem	60
53.	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła - w zależności od stopnia jej zwężenia:	
	a) bez niewydolności oddechowej	1 - 10
	b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	11 - 20
	c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21 - 40
	d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcie, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	41 - 60
54.	Uszkodzenie przełyku:	
	a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1 - 5
	b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6 - 20
	c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21 - 50
	d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. - ocena wg poz. 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10 - 30
55.	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
	a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1 - 5
	b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia - do 50% zakresu ruchomości	6 - 14
	c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi - powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15 - 30
	d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
Uwaga: Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°. Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego - oceniać wg punktu 89.		

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56.	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:		
	a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1 - 5
	b)	mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej - blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6 - 10
	c)	średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej - blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11 - 25
	d)	znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągnające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26 - 40
	e)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.			
57.	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie wg p.56):		
	a)	blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1 - 5
	b)	znaczna lub całkowita utrata brodawki - do 45 roku życia	10 - 15
	c)	znaczna lub całkowita utrata brodawki - po 45 roku życia	5 - 10
	d)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku do 45 roku życia	5 - 15
	e)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku po 45 roku życia	1 - 10
	f)	znaczna lub całkowita utrata sutka - do 45 roku życia	15 - 20
	g)	znaczna lub całkowita utrata sutka - po 45 roku życia	11 - 15
	h)	utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego - oceniać wg powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1 - 10
58.	Złamania (co najmniej 2-ch) żeber:		
	a)	z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1 - 5
	b)	z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej - z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6 - 10
	c)	ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej - ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11 - 25
	d)	ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26 - 40
Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.			
59.	Złamanie mostka:		
	a)	bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1 - 3
	b)	ze wzrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4 - 10
60.	Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami - ocenia się wg poz. 58 - 59, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o		1 - 15
61.	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):		
	a)	uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1 - 5
	b)	z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5 - 10
	c)	z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10 - 25
	d)	z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25 - 40
62.	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - oceniać wg p.61, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań o		10 - 20
Uwaga: Przy ocenie wg punktów 56, 58, 60 - 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz p.60 i 62).			

STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI 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 osierdza:		
	a)	wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
	b)	I klasa NYHA, EF 50% - 55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6 - 15
	c)	II klasa NYHA, EF 45% - 55% 7 - 10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16 - 25
	d)	III klasa NYHA, EF 35% – 45%, 5 - 7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26 - 55
	e)	IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56 - 90
Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i / lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.			
KLASYFIKACJA NYHA - KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:			
Klasa I	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.		
Klasa II	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.		
Klasa III	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.		
Klasa IV	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.		
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: Frakcja wyrzutowa lewej komory - objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach - stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.			
DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ: MET - y (MET - równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.			
64.	Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:		
	a)	bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym, w zależności od rozległości uszkodzeń	1 - 5
	b)	zaburzenia niewielkiego stopnia	6 - 10
	c)	zaburzenia średniego stopnia	11 - 20
	d)	zaburzenia dużego stopnia	21 - 40

G. Uszkodzenia brzucha i ich następstwa

65.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej - w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:		
	a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące	1 - 5
	b)	uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	5 - 15
	c)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga:.. Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu - nie są uznawane za pourazowe.			
66.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:		
	a)	Wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1 - 5
	b)	z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	6 - 10
	c)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11 - 40
	d)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie pozajelitowe	50

67.	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:		
	a)	jelita cienkiego	30 - 80
	b)	jelita grubego	20 - 60
68.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych) nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń		1 - 10
69.	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:		
	a)	blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1 - 5
	b)	powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70.	Uszkodzenia odbytnicy:		
	a)	pełnościennne uszkodzenie - niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1 - 5
	b)	wypadanie błony śluzowej	6 - 10
	c)	wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11 - 30
71.	Uszkodzenia śledziony:		
	a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu - potwierdzone badaniem obrazowym)	2
	b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	c)	utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
	d)	utrata u osób poniżej 18 roku	20
72.	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki - w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:		
	a)	bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1 - 5
	b)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa - Pugh'a, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6 - 15
	c)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa - Pugh'a, zaburzenia czynności zewnątrz - i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16 - 40
	d)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa - Pugh'a, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz - i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41 - 60
Uwaga: Przetokę trzustkową oceniać wg - ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b - d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b - d. Zwężenia dróg żółciowych - orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b - d.			

KLASYFIKACJA CHILDA -PUGHA - w odniesieniu do wartości należnych			
Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8 - 3,5	<2,8
Bilirubina (μmol/l) w sur.	<25	25 - 40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4 - 6	>6
Wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	brak	I - II°	III - IV°
GRUPA A - 5 - 6 pkt, GRUPA B - 7 - 9 pkt, GRUPA C - 10 - 15 pkt.			

H. Uszkodzenia narządów moczowo - płciowych

73.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5 - 25
74.	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75.	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	35 - 75
76.	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
	a) nie powodujące zaburzeń funkcji	1 - 5
	b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6 - 20
77.	Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
	a) Wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	3 - 5
	b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6 - 15
	c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16 - 30
78.	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
	a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10 - 25
	b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26 - 50
79.	Zwężenia cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5 - 15
	b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16 - 40
	c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41 - 60
Uwaga:		
Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.		
80.	Utrata całkowita prącia	40
81.	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3 - 35
82.	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	2 - 20
83.	Utrata obu jąder lub obu jajników:	40
84.	Pourazowy wodniak jądra:	
	a) wyleczony operacyjnie	2
	b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3 - 10
85.	Utrata macicy:	40
86.	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
	a) rozległe blizny, ubytki, deformacje	1 - 5
	b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5 - 10
	c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30

I. Ostre zatrucia, nagłe działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych

(orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach)

87.	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:	
1	a) powodujące trwale upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1 - 15
	b) z trwałym uszkodzeniem układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	10 - 25
Uwaga: Trwale upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.		
88.	Inne następstwa zatrucia oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwale upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim	1 - 15

Uwaga:

Trwale upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu. Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać według odpowiednich Tabel do punktów 27a, 32, 42. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89.	Uszkodzenie kostno - więzadłowe kręgosłupa szyjnego potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG czynnościowe, TK, RM):		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5
	b)	z ograniczeniem ruchomości 26% - 50%	6 - 14
	c)	z ograniczeniem ruchomości 51% - 75%	15 - 20
	d)	z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21 - 29
	e)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	f)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
	g)	obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg p. 89 a - f, dodając, w zależności od stopnia zniekształcenia	2 - 10
	h)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów i/lub rotację) ocenia się wg poz. 89 a - g, zwiększając stopień inwalidztwa o	1 - 8
	i)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 89a - h zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy lub uraz w mechanizmie zgięciowo - odgięciowym („whiplash”, „smagnięcia biczem”) z zespołem bólowym bez uszkodzeń korzeni nerwowych, orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

90.	Uszkodzenia kostno - więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1 - Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 50%	1 - 9
	b)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10 - 19
	c)	zesztywnienie w pozycji fizjologicznej	20
	d)	zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	25 - 30
	e)	obniżenie wysokości trzonu co najmniej 10%, ocena się wg poz. 90 a - d, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia o	1 - 5
	f)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) ocenia się wg poz. 90 a - e zwiększając stopień inwalidztwa o	1 - 7
	g)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 90a - f zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10 - 11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2 - 3 cm.

91.	Uszkodzenia kostno - więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo - lędźwiowym (Th11 - L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5
	b)	z ograniczeniem ruchomości 26% - 50%	6 - 14
	c)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15 - 29
	d)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	e)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
	f)	obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocena się wg poz. 91 a - e, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia, o	3 - 12
	g)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) - ocenia się wg poz. 91 a - f zwiększając stopień inwalidztwa o	1 - 9
	h)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 91a - g zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgozmyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku. ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10 – 11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7 - 8 cm.			
92.	Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych - w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się wg pp. 89 - 91.		
93.	Uszkodzenie rdzenia kręgowego:		
	a)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1 - 10
	b)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu, w zależności od stopnia zaburzeń	5 - 30
	c)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Brown - Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym - z niedowładem kończyny dolnej (3 - 4° w skali Lovetta lub 3 - 2° według skali Ashwortha)	5 - 30
	d)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown - Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym - z niedowładem kończyny dolnej (0 - 2° w skali Lovetta lub 5 - 4° według skali Ashwortha)	31 -60
	e)	głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), niedowład czterokończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown - Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	61 - 90
	f)	porażenie kończyn górnych i/lub dolnych (0 - 1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha), głęboki niedowład czterokończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), zespół Brown - Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0 - 1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
94.	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) oraz utrwalone urazowe zespoły bólowe bez uszkodzenia korzeni - w zależności od stopnia:		
	a)	szyjne bólowe	1 - 4
	b)	szyjne bez niedowładów - ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5 - 15
	c)	szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5 - 30
	d)	piersiowe	1 - 10
	e)	lędźwiowo - krzyżowe bólowe	1 - 4
	f)	lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów - ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5 - 15
	g)	lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5 - 30
	h)	guziczne (w tym złamania kości guzicznej)	1 - 5
Uwaga: Zaburzenia stwierdzane w punkcie 94 a - h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Zespół bólowy po urazie w mechanizmie zgięciowo - odgięciowym („smagnięcia biczem”) orzekać wyłącznie według pozycji 94a lub 94b.			

K. Uszkodzenia miednicy

95.	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo - biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
	a)	utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo - biodrowych, bez zaburzeń chodu	1 - 4
	b)	utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo - biodrowych, z zaburzeniami chodu	5 - 15
	c)	utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo - biodrowego niewielkiego stopnia nie wymagające leczenia operacyjnego, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	2 - 9
	d)	utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo - biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	10 - 30
Uwaga: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy oceniać według punktu 96 lub 98.			

96.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno - lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
	a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1 - 10
	b)	w odcinku przednim obustronnie	5 - 15
	c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10 - 30
	d)	w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20 - 40
Uwaga: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.			
97.	Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym, lub bez centralnego zwichnięcia stawu - w zależności od upośledzenia funkcji stawu		oceniać wg p.143
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 146.			
98.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:		
	a)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1 - 3
	b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4 - 8
	c)	mnożne złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej - bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2 - 7
	d)	mnożne złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5 - 15
Uwaga: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.			

L. Uszkodzenia kończyny górnej Łopatka

99.	Złamanie łopatki:		
	a)	wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1 - 5
	b)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny - z ograniczeniem ruchomości do 30%	6 - 12
	c)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny - z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	10 - 20
	d)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny - z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20 - 40
Uwaga: Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.			

Obojczyk

100.	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
	a)	niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie - łopatkowego do 20%	1 - 8
	b)	deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie - łopatkowego powyżej 20%	10 - 20
101.	Staw rzekomy obojczyka - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
	a)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie - łopatkowym do 20%	10 - 14
	b)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie - łopatkowym powyżej 20%	15 - 25
Uwaga: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 101.			

102.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
	a)	brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1 - 5
	b)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	5 - 10
	c)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	10 - 25
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
103.	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości - ocenia się wg poz. 100 - 102 - zwiększając stopień trwałego uszczerbku o		5

Bark – staw ramienno - łopatkowy

104.	Uszkodzenia stawu łopatkowo - ramiennego (zwichnięcia, złamania - głowy, nasady bliższej kości ramiennej, panewki, szyjki łopatki, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku - w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 11
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31% - 50%	10 - 19
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20 - 35
Uwaga: Uszkodzenie stawu ramienno - łopatkowego wygojone sztucznym stawem należy oceniać według punktu 104, nie mniej niż 10%.			
105.	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo - ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny		20 - 35
106.	Nawykowe zwichnięcie stawu ramienno - łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną		5 - 25
Uwaga: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo - ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Konieczna analiza dokumentacji medycznej i wypadkowej wraz z analizą mechanizmu urazu celem identyfikacji przedmiotowego zdarzenia jako nieszczęśliwego wypadku.			
107.	Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji		25 - 40
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen - ocenia się wg norm neurologicznych.			
108.	Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramienno - łopatkowym):		
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od ustawienia i funkcji	20 - 35
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40
109.	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 104 lub 108.		
110.	Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. - ocenia się wg poz. 104 - 109, zwiększając stopień uszczerbku o		5
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
111.	Utrata kończyny w stawie ramienno - łopatkowym		70
112.	Utrata kończyny wraz z łopatką		75
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO - ŁOPATKOWEGO - zgięcie 0 - 180°, wyprost 0 - 60°, odwodzenie 0 - 90°, unoszenie 90 - 180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem - odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0 - 180°), przywodzenie 0 - 50°, rotacja zewnętrzną 0 - 70°, rotacja wewnętrzną 0 - 100° (pozycja funkcjonalna, swobodna - 20 - 40° zgięcia, 20 - 50° odwiedzenia i 30 - 50° rotacji wewnętrznej).			

Ramię

113.	Złamanie trzonu kości ramiennej - w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym:		
	a)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie - łopatkowym lub łokciowym do 30%	1 - 15
	b)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie - łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	16 - 30
	c)	złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 113 a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o	5 - 15
114.	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
	a)	zmiany niewielkie	1 - 5
	b)	zmiany średnie	6 - 12
	c)	zmiany duże	13 - 20
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.			
115.	Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
	a)	z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70
	b)	przy dłuższych kikutach	65
116.	Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia		oceniać wg p.114a

Staw łokciowy

117.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	6 - 15
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16 - 30
118.	Zesztywnienie stawu łokciowego:		
	a)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25
	b)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26 - 30
	c)	w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45
	d)	w innych niekorzystnych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30 - 45
119.	Uszkodzenia łokcia - zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	6 - 15
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16 - 30
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.			
120.	Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni		15 - 30
121.	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według pozycji 117 - 120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o		5
Uwaga: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0° - 80°. (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia).			

Przedramię

122.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 6
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 15
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16 - 25
	d)	usztynwienie nadgarstka w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15 - 20
	e)	usztynwienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym	20 - 30
123.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
	a)	niewielkie zmiany	1 - 6
	b)	średnie zmiany	7 - 15
	c)	duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16 - 30
124.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń - w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
	a)	niewielkie zmiany	1 - 5
	b)	średnie zmiany	6 - 10
	c)	znaczne zmiany	11 - 20
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 122, 123, 125, 126.			
125.	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
	a)	średniego stopnia	10 - 20
	b)	dużego stopnia	21 - 35
Uwaga: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.			
126.	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
	a)	średniego stopnia	10 - 25
	b)	dużego stopnia	26 - 40
Uwaga: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.			
127.	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg poz. 122 - 126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku		5
128.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezwowania		55 - 60
129.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka		55
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA: nawracanie 0 - 80°, odwracanie 0 - 80° (pozycja funkcjonalna, swobodna - 20° nawrócenia).			

Nadgarstek

130.	Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania - w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 6
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 15
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16 - 25
131.	Całkowite zesztynwienie w obrębie nadgarstka:		
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15 - 20
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	21 - 30

132.	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami - ocenia się wg poz. 130 - 131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
133.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55
ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA: zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30° (pozycja funkcjonalna - od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).		

Śródrećce

134.	Uszkodzenie śródreźca: kości, części miękkich - w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:			
	a)	I kość śródreźca (w zależności od funkcji kciuka):		
		I	z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1 - 6
		II	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 12
		III	z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13 - 20
	b)	II kość śródreźca (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
		I	z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 5
		II	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	6 - 9
		III	z ograniczeniem powyżej 60%	10 - 15
	c)	III kość śródreźca (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
		I	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20 - 50%	1 - 2
		II	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3 - 5
	d)	IV, V kość śródreźca (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) - ocena osobna dla każdej kości śródreźca:		
		I	z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20 - 50%	1 - 2
		II	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3 - 4

Kciuk

135.	Utrata w zakresie kciuka - w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
	a)	częściowa lub całkowita urata opuszki	1 - 4
	b)	częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5 - 10
	c)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) - w zależności od zmian wtórnych	10 - 15
	d)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrećca	15 - 20
	e)	utrata obu paliczków z kością śródrećca	20 - 25
136.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26 - 50%	6 - 10
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51 - 75%	11 - 15
	d)	bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16 - 20
	e)	rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródrećca	20 - 25

Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.	
ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA: - staw śródrečno - paliczkowy 0 - 60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) - staw międzypaliczkowy 0 - 80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) - odwodzenie 0 - 50° - przywodzenie - maksymalna odległość między kreską zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kreską zgięciową stawu śródrečno - paliczkowego palca V - pełny zakres ruchu - 0 cm, brak ruchu - 8 cm - opozycja (przeciwstawianie) - maksymalna odległość między kreską zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kreską zgięciową stawów śródrečno - paliczkowych na wysokości III stawu śródrečno - paliczkowego - pełny zakres ruchu - 8 cm, brak ruchu - 0 cm	

Palec wskazujący

137.	Utrata w obrębie wskaziciela - w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
	a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1 - 2
	b)	utrata paliczka paznokciowego	3 - 5
	c)	utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6 - 9
	d)	utrata paliczka środkowego	10
	e)	utrata trzech paliczków	15
	f)	utrata wskaziciela z kością śródręcza	15 - 20
138.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich - w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zesztynień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych - w zależności od stopnia:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 3
	b)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 40%	4 - 6
	c)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41 - 70%	7 - 11
	d)	zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12 - 15
	e)	rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	15 - 20

Palec trzeci, czwarty i piąty

139.	Palec III, IV i V - w zależności od poziomu utraty:		
	a)	palec III - utrata częściowa lub całkowita opuszki	1 - 2
	b)	palec III - utrata paliczka paznokciowego	3
	c)	palec III - utrata dwóch paliczków	7
	d)	palec III - utrata trzech paliczków	10
	e)	palec IV - utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
	f)	palec IV - utrata paliczka paznokciowego	2
	g)	palec IV - utrata dwóch paliczków	4
	h)	palec IV - utrata trzech paliczków	7
	i)	palec V - za utratę każdego paliczka	1
140.	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:		

	a)	palec III	12	
	b)	palec IV	9	
	c)	palec V	5	
141.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V - złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich - w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztynień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych - za każdy palec w zależności od stopnia:			
	a)	palec III:		
		I	ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1 - 2
		II	ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3 - 5
		III	ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1 - 5
		IV	ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6 - 10
	b)	palec IV:		
		I	ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1 - 2
		II	ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3 - 4
		III	ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1 - 4
		IV	ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5 - 7
	c)	palec V:		
		I	ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1
		II	ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	2
		III	ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	2
		IV	ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	3

Uwaga:
Łączny stopień pourazowego inwalidztwa ręki nie może przekroczyć 55% - prawej i 50% - lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w p.140c.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI - PALCE II - V:
- staw śródrečno - paliczkowy 0 - 90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0 - 100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0 - 70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

M. Uszkodzenia kończyny dolnej

Staw biodrowy

142.	Utrata kończyny dolnej		
	a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
	b)	odjęcie powyżej ½ uda	60
143.	Uszkodzenia stawu biodrowego - zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego - w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2 - 12
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	13 - 24
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25 - 40
144.	Zesztynienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		

	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30 - 35
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36 - 45
145.		Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. - ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
146.		Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
	a)	bez ograniczeń funkcji	15
	b)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16 - 25
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26 - 45
Uwaga: Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno - stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO - zgięcie 0 - 120°, wyprost 0 - 20°, odwodzenie 0 - 50°, przywodzenie 0 - 40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0 - 45°, rotacja do wewnątrz 0 - 50°.			

Udo

147.		Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi kończyny, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
	a)	skrócenie w zakresie 1 - 3 cm bez zmian wtórnych	3 - 10
	b)	skrócenie w zakresie 3,1 - 5 cm bez zmian wtórnych	11 - 20
	c)	skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21 - 30
	d)	niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10 - 15
	e)	średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1 - 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16 - 29
	f)	duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	30 - 40
Uwaga: Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w punktach 143 i 154 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach biodrowym i kolanowym z ograniczeniem do 60%.			
148.		Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40 - 60
149.		Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
	a)	niewielkiego stopnia	1 - 5
	b)	średniego stopnia	6 - 10
	c)	znacznego stopnia	11 - 20
Uwaga: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.			
150.		Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5 - 30
151.		Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym - ocenia się wg punktu 147 zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów powikłań o	5 - 10
152.		Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 147 - 150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10 - 60
Uwaga: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 147 - 152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.			
153.		Utrata kończyny - w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55 - 60

Kolano

154.		Złamania kości tworzących staw kolanowy i inne uszkodzenia - w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg poz. 155, 156:	
------	--	---	--

	a)	utrata ruchomości w zakresie 0 - 40° za każde 2° ubytku ruchu	1	
	b)	utrata ruchomości w zakresie 41° - 90° za każde 5°	1	
	c)	utrata ruchomości w zakresie 91° - 120° za każde 10° ubytku ruchu	1	
	d)	zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0 - 15°)	25	
	e)	zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35	
155.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statycznie – dynamicznej kończyny. Dodatkowa ocena się wg poz. 154.:			
	a)	niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	1 - 4	
	b)	niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	5 - 12	
	c)	niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	13 - 19	
	d)	niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	20 - 25	
	e)	pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	26 - 35	
156.	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki, uszkodzenia łąkotec, w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości. Ocena się wg poz. 154 i/lub 155, zwiększając stopień inwalidztwa			
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. Patrz analogiczna uwaga do p.106. Należy zwracać uwagę na mechanizm urazu, obrażenia (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie predyspozycji pod postacią zmian anatomicznych lub chorób. Analiza powinna być oparta o pełną dokumentację medyczną.				
Uwaga: Uszkodzenie stawu kolanowego wygojone sztucznym stawem należy oceniać według punktu 154 i 156, nie mniej niż 15%.				
157.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego			50
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.				

Podudzie

158.	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:		
	a)	izolowane skrócenie w zakresie 1 - 3 cm bez zmian wtórnych	2 - 10
	b)	izolowane skrócenie w zakresie 3,1 - 5 cm bez zmian wtórnych	11 - 20
	c)	izolowane skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21 - 30
	d)	niewielkie zmiany ze skróceniem w zakresie 0 - 3 cm	3 - 15
	e)	średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1 - 5 cm	16 - 29
	f)	duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30 - 40
Uwaga: Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w punktach 154 i 162 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach kolanowym i skokowo - goleniowym z ograniczeniem do 40%.			
159.	Izolowane złamanie strzałki - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny		1 - 3
160.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	6 - 10
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
161.	Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:		
	a)	przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
	b)	przy dłuższych kikutach	45 - 50
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			

Staw goleniowo - skokowy i skokowo - piętowy, stopa

162.	Uszkodzenie stawu skokowo – goleniowego i skokowo – piętowego: złamania, skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia więzadeł, torebki stawowej itp. – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości, zmian wtórnych i utrzymujących się dolegliwości:		
	a)	niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
	b)	średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
	c)	dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11 - 20
	d)	powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć ocenę inwalidztwa	5
163.	Zesztywnienie stawu skokowo - goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:		
	a)	pod kątem zbliżonym do prostego ±5°	20
	b)	w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21 - 30
	c)	w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. - zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
164.	Złamania kości skokowej lub piętowej - w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
165.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej - w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno - dynamicznych stopy i innych powikłań:		
	a)	częściowa utrata	20 - 30
	b)	całkowita utrata	30 - 40
166.	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:		
	a)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
	b)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
	c)	zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
167.	Złamania kości śródstopia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:		
	a)	I lub V kości śródstopia:	
	I	niewielkie zmiany bez zniekształceń	1 - 4
	II	znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5 - 10
	b)	II, III lub IV kości śródstopia:	
	I	niewielkie zmiany	1 - 3
	II	znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4 - 7
	c)	złamania dwóch kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	2 - 10
	d)	złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3 - 15
168.	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 167 zwiększając stopień inwalidztwa o		5
169.	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:		
	a)	zmiany niewielkie	1 - 4
	b)	średnie zmiany	5 - 10
	c)	duże zmiany	11 - 15
170.	Utrata stopy w całości		45
171.	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		40
172.	Utrata stopy na poziomie stawu Lisfranka		35
173.	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta		20 - 30
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU SKOKOWEGO - zgięcie grzbietowe 0 - 20°, zgięcie podaszowe 0 - 40 - 50°, nawracanie 0 - 10°, odwracanie 0 - 40°, przywodzenie 0 - 10°, odwodzenie 0 - 10°.			
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			

Palce stopy

174.	Utrata w zakresie palucha - w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta:		
	a)	ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1 - 3
	b)	utrata paliczka paznokciowego palucha	4
	c)	utrata w obrębie paliczka podstawnego palucha	5 - 7
	d)	utrata paliczka podstawnego palucha	8
175.	Inne uszkodzenia palucha - zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy, ograniczenia ruchomości:		
	a)	niewielkie zmiany, ograniczenie ruchomości do 30%.	1 - 2
	b)	średnie zmiany, ograniczenie ruchomości w zakresie 31 - 50%	3 - 4
	c)	duże zmiany, ograniczenie ruchomości powyżej 50%	5 - 7
176.	Utrata palucha:		
	a)	wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	9 - 12
	b)	wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15
	c)	wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177.	Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:		
	a)	częściowa utrata	1
	b)	całkowita utrata	2
178.	Utrata palca V z kością śródstopia		3 - 8
179.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych		3 - 5
180.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca - zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców:		
	a)	średnie i znaczne zmiany w obrębie każdego palca	1
	b)	łącznie za wszystkie uszkodzone palce II - V jednej stopy	1 - 5
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PALCÓW STOPY - zgięcie 0 - 40° (czynne), 0 - 60° (bierne) - wyprost 0 - 45°(czynne), 0 - 80° (bierne).			
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.			

Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych

181.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
	a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5 - 15
	b)	nerwu piersiowego długiego	5 - 15
	c)	nerwu pachowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25
	d)	nerwu mięśniowo - skórno - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 20
	e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 35
	f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 30
	g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25
	h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 15
	i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 35
	j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 20
	k)	nerwu łokciowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 25
	l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10 - 25
	m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	10 - 45
	n)	pozostałych nerwów odcinka szyjnego - piersiowego	1 - 15
	o)	nerwu zaślonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1 - 15
	p)	nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1 - 30
	q)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1 - 20
	r)	nerwu sromowego wspólnego	2 - 20
	s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	5 - 60
	t)	nerwu piszczelowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 30
	u)	nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 20
	v)	splotu lędźwiowo - krzyżowego	15 - 60
	w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo - krzyżowego	1 - 10
Uwaga: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo - mięśniowego (EMG).			
182.	Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia		10 - 40
Uwaga: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.			
UWAGI OGÓLNE: Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy - oceniać wg amputacji na wyższym poziomie. Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA - 5% uszczerbku, na szyi - za 1% TBSA - 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA - 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA - 4% uszczerbku, na tułowie za 3% TBSA - 1% uszczerbku.			

