

Ubezpieczenie dodatkowe ochrona dla dziecka

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego

Informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz inne informacje, których obowiązek przekazania wynika z ustawy z dnia 15.12.2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń

Ubezpieczenie dodatkowe ochrona dla dziecka (CPP/1/2026)

Poniżej znajdziesz najważniejsze informacje o Umowie dodatkowej. Materiał ma charakter informacyjny, dlatego nie zawarliśmy w nim wszystkich warunków, a część z nich przedstawiliśmy w sposób uproszczony.

Wiążący charakter mają Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego ochrona dla dziecka (OWUD) – zachęcamy, żebyś zapoznał się z ich treścią.

Terminy zapisane wielkimi literami mają znaczenie zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Umowy głównej (OWU) i OWUD.

Celem Umowy dodatkowej jest wypłata Świadczenia w razie:

- Pobytu Dziecka w szpitalu lub Operacji,
- Poważnego zachorowania Dziecka, w tym wydanie Drugiej opinii medycznej,
- Ograniczenia samodzielności Dziecka

tak, aby finansowo wspomóc Dziecko i jego opiekunów w tych trudnych sytuacjach.

Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta samodzielnie – można ją zawrzeć razem z Umową główną lub dokupić w trakcie trwania Umowy głównej.

Istotną rolę w tej Umowie odgrywają:

- Ubezpieczający, Ty – osoba, która zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do terminowego opłacania składek za Umowę główną i Umowę dodatkową oraz
- Dziecko – osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony; może nią być osoba, która w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ukończyła 3. miesiąc życia i nie ukończyła 21. roku życia.

Cechy produktu i opis

Zakres Umowy dodatkowej

Zakres Umowy dodatkowej określa przypadki, w których wypłacimy Świadczenie.

1. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji Dziecka wypłacimy, jeśli:
 - Dziecko przebywało w Szpitalu wskutek:
 - Nieszczęśliwego wypadku, który to pobyt rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia,
 - Choroby, który to pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego pierwszy dzień przypadał nie wcześniej niż po upływie 30 dni od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia,

- Choroby psychicznej, który to pobyt trwa nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego pierwszy dzień przypadał nie wcześniej niż po upływie 90 dni od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia,
 - ciąży, porodu lub połogu który to pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego pierwszy dzień przypadał nie wcześniej niż po upływie 10 miesięcy od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
- przeprowadzono u Dziecka Operację wskazaną w Tabeli operacji, stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD, przy czym Operacja musi mieć miejsce:
 - w Okresie ubezpieczenia, jeżeli Operacja jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - w Okresie ubezpieczenia, lecz nie wcześniej niż 31. dnia tego okresu, jeżeli Operacja jest następstwem Choroby.

Pobyt w szpitalu lub Operacja są objęte zakresem ochrony na całym świecie.

2. Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka wypłacimy, jeśli w Okresie ubezpieczenia:

- wystąpiło u Dziecka Poważne zachorowanie, które jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku i które jest zdefiniowane w załączniku nr 2 do OWUD; okres karencji oraz okres przeżycia stosujemy do wybranych Poważnych zachorowań i w przypadku stosowania podany jest w definicji Poważnego zachorowania,
- została rozpoznana u Dziecka Choroba, która uprawnia do uzyskania Drugiej opinii medycznej.

3. Świadczenie z tytułu Ograniczenia samodzielności Dziecka wypłacimy, jeśli u Dziecka w Okresie ubezpieczenia w wyniku Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku wystąpi:

- Ograniczenie samodzielności wskazane w Tabeli 2 OWUD oraz spełniające definicję określoną w załączniku nr 3 do OWUD.
- Ograniczenie samodzielności wskazane w Tabeli 3 OWUD oraz spełniające definicję określoną w załączniku nr 3 do OWUD.

Definicje Choroby oraz Nieszczęśliwego wypadku znajdziesz w OWUD.

Okres ubezpieczenia

Umowę dodatkową możesz zawrzeć razem z Umową główną na okres 5 lat.

Jeśli zawierasz ją później, w trakcie trwania Umowy głównej, może ona zostać zawarta na okres od 4 lat i 1 miesiąca do 5 lat, ale nie dłużej niż do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę Umowy głównej po

ukończeniu przez Dziecko 25. roku życia – chyba że umówiliśmy się inaczej.

Gdy zawierasz Umowę dodatkową, możesz zadeklarować chęć jej kontynuowania. Wskazujesz wtedy deklarowany okres ubezpieczenia. Możemy zaproponować Ci kontynuację Umowy dodatkowej, każdorazowo na okres do 5 lat, bez ponownej oceny ryzyka. Kontynuacja może wiązać się ze zmianą wysokości składki za Umowę dodatkową. Konieczna wtedy będzie Twoja zgoda.

Ocena stanu zdrowia Dziecka przed zawarciem Umowy dodatkowej

Przed zawarciem Umowy dodatkowej poprosimy Ciebie i Dziecko o wypełnienie ankiety oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Na podstawie udzielonych odpowiedzi zdecydujemy, na jakich warunkach możemy zawrzeć Umowę. Może to wymagać:

- skierowania Dziecka na dodatkowe badania medyczne na nasz koszt,
- udzielenia odpowiedzi na dodatkowe pytania, wynikające z wcześniej przekazanych informacji.

Ważne, aby we wniosku podawać prawdziwe informacje dotyczące zdrowia, wykonywanego zawodu oraz uprawianego sportu czy hobby. W przeciwnym razie możemy odmówić wypłaty Świadczenia, o czym szczegółowo piszemy w sekcji „Kiedy nie wypłacimy Świadczenia”.

Początek ochrony ubezpieczeniowej i zawarcie Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym przez nas w Polisie. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie, chyba że umówimy się inaczej.

Świadczenie, Suma ubezpieczenia i Podstawa świadczenia

Suma ubezpieczenia wyznacza Podstawę świadczenia, która wynosi:

- 100% Sumy ubezpieczenia – dla Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji,
- 400% Sumy ubezpieczenia – dla Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania,
- 400% Sumy ubezpieczenia – dla Świadczeń z tytułu Ograniczenia samodzielności.

Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu obliczymy jako odpowiedni procent Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji za każdy dzień Pobytu w szpitalu, w zależności od długości Pobytu w szpitalu. Świadczenie to wynosi:

- 1,5% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji za każdy dzień Pobytu w szpitalu, jeśli pobyt ten wynosił od 1 do 30 dni,
- 1,5% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji za każdy dzień Pobytu w szpitalu od 1. do 30. dnia oraz 3% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji za każdy dzień od 31. dnia, jeśli pobyt ten był dłuższy niż 30 dni.

Jeśli Dziecko podczas Pobytu w szpitalu trafiło na OIOM, wypłacimy dodatkowo 1,5% Podstawy świad-

czenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji za każdy dzień pobytu na OIOM-ie, o ile został spełniony warunek minimalnej długości Pobytu w szpitalu.

Maksymalne Świadczenie za jeden Pobyt w szpitalu wynosi 276% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji.

Jeśli Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą psychiczną, wówczas w okresie 5 lat poprzedzających datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 107 dni pobytu.

Świadczenie z tytułu Operacji obliczane jest jako odpowiedni procent Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji, w zależności od rodzaju Operacji, jaka została przeprowadzona u Dziecka.

W OWUD Operacje są podzielone na klasy od 1 do 5 oraz mają przypisany określony procent Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji (100%, 75%, 50%, 25%, 10%), wypłacany w razie przeprowadzenia danej Operacji. Jeśli u Dziecka przeprowadzona została Operacja niewymieniona w Tabeli operacji wypłacimy za nią 10% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji obowiązującej w dniu Operacji.

Oprócz Świadczeń wymienionych powyżej Prudential wypłaci Świadczenie dodatkowe w wysokości 10% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji, jeżeli:

- Dziecko przebywało w Szpitalu nieprzerwanie dłużej niż 21 dni lub
- u Dziecka przeprowadzono Operację z klasy 1.

Maksymalne Świadczenie za jedną Operację nie może przekroczyć 100% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji. Nie dotyczy to wypłaty Świadczenia dodatkowego.

Łącznie suma wszystkich Świadczeń wypłaconych w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających Datę akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia nie może przekroczyć 700% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu i Operacji aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania jest równe procentowi Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania właściwemu dla danego Poważnego zachorowania. W OWUD Poważne zachorowania są podzielone na grupy od 1 do 5 oraz mają przypisany określony procent Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania (150%, 100%, 50%, 25%) wypłacany w razie zajścia zdarzenia:

- Z grupy 1 lub 2 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia w wysokości 150% Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania,
- Z grupy 3 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia w wysokości 100% Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania.
- Z grupy 4 lub 5 może być wypłacone więcej niż jedno Świadczenie, a ochrona ubezpieczeniowa z każdej z tych grup oddzielnie wygasa w przypadku wypłaty Świadczenia z danej grupy w łącznej wysokości 100% Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania.

- Każda wypłata Świadczenia z grupy 4 lub 5 powoduje, że maksymalna wartość Świadczeń przysługujących w ramach danej grupy, wynosząca 100% Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania zmniejsza się o sumę procentowych wartości Świadczeń wypłaconych z tej grupy.
- Jeśli suma Świadczeń z danej grupy wyczerpie limit wypłat przypisany do niej, to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tej grupy wygasa. Ochrona jest kontynuowana w grupach, które nie wygasły.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej dotyczy Chorób zdiagnozowanych u Dziecka w Okresie ubezpieczenia i wydawane jest na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Dziecko.

W każdym roku ubezpieczenia Dziecko ma prawo do jednej Drugiej opinii medycznej w odniesieniu do danej Choroby. W przypadku gdy przekazana dokumentacja medyczna w dniu złożenia wniosku o Drugą opinię medyczną jest starsza niż 12 miesięcy Świadczeniodawca, z uwagi na konieczność oceny aktualnego stanu zdrowia Dziecka, może zwrócić się o dostarczenie zaktualizowanej dokumentacji medycznej.

Gdy do wydania Drugiej opinii medycznej niezbędne jest przeprowadzenie bezpośredniej oceny stanu zdrowia, Świadczeniodawca ma prawo skierować Dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne w celu uzyskania dodatkowych informacji koniecznych do wydania Drugiej opinii medycznej. Koszty badań pokrywa Świadczeniodawca.

Świadczenie z tytułu Ograniczenia samodzielności wypłacimy w wysokości 100% lub 50% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności w zależności od Ograniczenia samodzielności, jakie wystąpiło u Dziecka, nie więcej jednak niż:

- 100% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności za zdarzenia wskazane w Tabeli 2 i
 - 150% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności za zdarzenia wskazane w Tabeli 3,
- przy czym wypłata 100% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności za zdarzenia wskazane w Tabeli 2 skutkuje wygaśnięciem zakresu Umowy dodatkowej dotyczącej Ograniczenia samodzielności Dziecka.

Dodatkowo jeśli suma zaakceptowanych Świadczeń z tytułu Ograniczeń samodzielności wskazanych w Tabeli 3 wyczerpie limit Świadczeń przypisany do tej Tabeli, to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Ograniczeń samodzielności wskazanych w tej Tabeli wygasa. Ochrona jest kontynuowana w ramach Ograniczeń samodzielności wskazanych w Tabeli 2.

Kiedy nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z lub było skutkiem:

- próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia się Dziecka,
- czynnego udziału Dziecka w Aktach przemocy, wojnie, działaniach zbrojnych, operacjach o charakterze

wojskowym, misjach pokojowych, misjach stabilizacyjnych, zamieszkach lub Aktach terroru,

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- stanu Dziecka po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych (chyba że zostały użyte zgodnie z zaleceniem lekarza),
- działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, reakcji termojądrowych lub wybuchów jądrowych, wynikającego bezpośrednio lub pośrednio z reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego, z wyjątkiem promieniowania wykorzystywanego w diagnostyce medycznej lub leczeniu.

Dodatkowo nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji, które nastąpiły w związku z lub były skutkiem:

- Choroby Dziecka będącej skutkiem spożywania alkoholu, zażywania środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych,
- uprawiania przez Dziecko sportów niebezpiecznych, przez które rozumie się: sporty powietrzne, wliczając spadochroniarstwo oraz latanie samolotami ultralekkimi, akrobacje spadochronowe, lotnictwo, paralotnictwo; wspinaczkę wysokogórską lub wspinaczkę skałkową, eksplorację jaskiń oraz nurkowanie w jaskiniach, nurkowanie na głębokości co najmniej 30 metrów, skoki na linie oraz BASE jumping, sporty motorowe, żeglarstwo morskie,
- lotu Dziecka jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotów na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych odbywającego lot w ramach regularnych przewozów lotniczych lub przewozów czarterowych,
- skażenia radioaktywnego wywołanego wypadkiem jądrowym,
- chirurgii plastycznej i kosmetycznej, jeśli leczenie nie było prowadzone w celu usunięcia skutków Niebezpiecznego wypadku lub Operacji rekonstrukcji wskazanych w Tabeli operacji.

Nie wypłacimy również Świadczenia za Pobyt w szpitalu związany z:

- antykoncepcją lub sterylizacją,
- leczeniem uzależnień, rehabilitacją, opieką paliatywną lub hospicyjną.

Nie wypłacimy też Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności, które nastąpiło w związku z lub było skutkiem:

- lotem Dziecka jakimkolwiek statkiem powietrznym biorącym udział w wojskowych lub eksperymentalnych operacjach lotniczych lub w operacjach lotni-

czych prowadzonych niezgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami dotyczącymi lotnictwa cywilnego,

- umyślnego użycia przez Dziecko produktu leczniczego niezgodnie z ulotką informacyjną tego produktu lub niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem Umowy dodatkowej, a które zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Dziecka lub Waszych przedstawicieli.

Jeśli podwyższyłeś Sumę ubezpieczenia, a Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy w związku z tą zmianą i które również zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Dziecka lub Waszych przedstawicieli, nie wypłacimy Świadczenia w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia.

Co trzeba zrobić, aby otrzymać Świadczenie

Aby otrzymać Świadczenie, osoba zgłaszająca roszczenie musi przesłać do nas wniosek o jego wypłatę wraz z wymaganymi dokumentami.

Wówczas:

- w ciągu 7 dni od otrzymania tego wniosku potwierdzimy jego otrzymanie i poinformujemy, jakie dokumenty są potrzebne do rozpatrzenia roszczenia. Ich lista jest dostępna na naszej stronie internetowej, za pośrednictwem naszej infolinii, w naszych placówkach oraz u naszych przedstawicieli,
- wypłacimy Świadczenie w ciągu 30 dni od otrzymania tego wniosku i wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości Świadczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do wypłaty było niemożliwe w tym terminie, wypłacimy Świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym ich wyjaśnienie przy zachowaniu należytej staranności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia wypłacimy w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wypłatę Świadczenia.

Świadczenie przysługuje Dziecku.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej

Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest częścią łącznej składki za Umowę główną i Umowę dodatkową. Opłacasz ją w takich samych terminach i z taką samą częstotliwością jak w Umowie głównej, czyli miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.

Konsekwencje nieopłacenia składki

Powinieneś opłacać składkę w terminach podanych w Umowie. Jeśli spóźnisz się z płatnością masz dodatkowe 60 dni na uregulowanie składki. W tym czasie nadal zapewniamy ochronę ubezpieczeniową. Wyślemy do Ciebie przypomnienie o zapłacie składki w dodatkowym terminie, nie krótszym jednak niż 7 dni od otrzymania przypomnienia. Jeżeli nie opłacisz składki w tym terminie, zarówno Umowa główna, jak i wszystkie Umowy dodatkowe zostaną rozwiązane. Oznacza to, że Ubezpieczony straci ochronę na wypadek śmierci, ochronę zdrowia oraz wszelkie dodatkowe formy

ochrony, wynikające z zawartych Umów dodatkowych.

Indeksacja i waloryzacja składki

Indeksacja lub waloryzacja odbywają się na zasadach wskazanych w OWUD i w OWU Umowy głównej i są możliwe, pod warunkiem, że dotyczą też Twojej Umowy głównej. W Rocznicę Umowy głównej możemy zaproponować Ci indeksację lub waloryzację składki, a w konsekwencji podwyższenie Sumy ubezpieczenia i składki (obie wartości rosną o inny procent). Możesz zrezygnować z indeksacji lub waloryzacji składki w danym roku i powrócić do nich od kolejnej rocznicy.

Zmiany w Umowie dodatkowej dokonywane są na Twój wniosek

Możesz wnioskować o podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia, które zawsze skutkuje zmianą wysokości Podstawy świadczenia i składki. Zmiany odbywają się na zasadach wskazanych w OWUD i w OWU.

Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa zakończy się, gdy:

- zakończy się Umowa główna,
- odstąpisz od Umowy dodatkowej lub ją wypowiedz,
- przekształcimy Umowę główną w umowę bezskładkową (jeśli masz taką opcję w Umowie głównej),
- upłynie Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
- po wygaśnięciu jednego z zakresów ochrony (tj. Pobytu w szpitalu i Operacji, Poważnego zachorowania oraz Ograniczenia samodzielności) zaakceptujemy wniosek o wypłatę Świadczenia, który spowoduje wygaśnięcie kolejnego zakresu.

Rozwiązanie i wygaśnięcie określonego zakresu Umowy dodatkowej

W trakcie trwania Umowy dodatkowej nasza odpowiedzialność może wygasnąć oddzielnie dla każdego z trzech zakresów ochrony (Pobytu w szpitalu lub Operacji, Poważnego zachorowania, Ograniczenia samodzielności). Dojdzie do tego w Dacie akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia, którego akceptacja spowoduje wyczerpanie limitu Świadczeń określonego odpowiedzialnością dla danego zakresu, zgodnie z zapisami OWUD.

Umowy główne, w ramach których możliwe jest zawarcie Umowy dodatkowej

1. KOMFORT ŻYCIA
2. START W ŻYCIE

Informacje dodatkowe

W procesie zawarcia Umowy niektóre czynności dystrybucyjne mogą wykonywać nasi pracownicy. Otrzymują oni wynagrodzenie z umowy o pracę oraz mogą dostać premię uznaniową.

Informacje o sposobie składania reklamacji, skarg oraz trybie ich rozpatrywania, a także o pozasądowym rozstrzygnięciu sporów znajdziesz w OWU.

Tabela informacyjna do postanowień umowy (CPP/1/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	• Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu: § 2, § 4, § 11 oraz § 18. • Świadczenie z tytułu Operacji: § 2, § 4, § 12, § 18 oraz Załącznik nr 1 do OWUD „Tabela operacji” • Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 2, § 4, § 13, § 18 oraz Załącznik nr 2 do OWUD „Lista Poważnych zachorowań”. • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 2, § 4, § 14 oraz § 18. • Świadczenie z tytułu Ograniczeń samodzielności: § 2, § 4, § 15, § 18 oraz Załącznik nr 3 do OWUD „Lista Ograniczeń samodzielności”.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	• Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu: § 2, § 4, § 11, § 16, § 17 oraz Załącznik nr 4 do OWUD „Tabela limitów”. • Świadczenie z tytułu Operacji: § 2, § 4, § 12, § 16, § 17 oraz Załącznik nr 4 do OWUD „Tabela limitów”. • Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 2, § 4, § 13, § 16, § 17, Załącznik nr 2 do OWUD „Lista Poważnych zachorowań” oraz Załącznik nr 4 do OWUD „Tabela limitów”. • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 2, § 4, § 14, § 16, § 17 oraz Załącznik nr 4 do OWUD „Tabela limitów”. • Świadczenie z tytułu Ograniczeń samodzielności: § 2, § 4, § 15, § 16, § 17, Załącznik nr 3 do OWUD „Lista Ograniczeń samodzielności” oraz Załącznik nr 4 do OWUD „Tabela limitów”.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego ochrona dla dziecka (CPP/1/2026)

§ 1. Postanowienia wstępne

Ten dokument opisuje zasady ubezpieczenia dodatkowego ochrona dla dziecka.

Umowa dodatkowa jest uzupełnieniem Twojej Umowy ubezpieczenia zawartej z Prudential, której szczegóły znajdziesz w swojej Polisie.

§ 2. Definicje

1. Pojęcia, którymi się posługujemy oznaczają:

- 1) **Choroba** – stan organizmu Dziecka polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza po raz pierwszy w okresie trwania Umowy dodatkowej oraz być sklasyfikowana w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” zgodnie z jej rewizją obowiązującą na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) **Choroba psychiczna** – Choroba zakwalifikowana w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” zgodnie z jej rewizją obowiązującą na dzień jej rozpoznania przez lekarza, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w szczególności depresja i nerwica (kod ICD-10: F00-F99).
- 3) **Data akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia** – data naszej decyzji uznającej roszczenie.
- 4) **Druga opinia medyczna** – opinia medyczna przygotowana przez Świadczeniodawcę i dostarczona Dziecku na piśmie w przypadku rozpoznania u Dziecka Choroby.
- 5) **Dziecko, Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej.
- 6) **Dzień pobytu w szpitalu** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Dziecko przebywało w Szpitalu, od dnia przyjęcia do dnia wypisu.
- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie w życiu Dziecka wywołane przyczyną zewnętrzną, nagłą i niezależną od jego woli i stanu zdrowia, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia.
- 8) **Ograniczenie samodzielności** – zdarzenie zdefiniowane w Tabeli 2 i 3 oraz w załączniku nr 3 do OWUD, które wystąpiło u Dziecka w Okresie ubezpieczenia i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku.
Za dzień wystąpienia Ograniczenia samodzielności uważa się, w zależności od jego rodzaju, odpowiednio:
 - pierwszy dzień, od którego nieprzerwanie występuje Ograniczenie samodzielności wywołane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, które spowodowały Ograniczenie samodzielności, lub
 - datę wskazaną w dokumencie wydanym przez uprawniony organ, jako dzień powstania Ograniczenia samodzielności.
- 9) **OIOM** – wyspecjalizowany oddział w Szpitalu zapewniający opiekę medyczną pacjentom w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagającym stałego nadzoru medycznego.
- 10) **Okres odroczenia** – czas od wystąpienia Ograniczenia samodzielności, po upływie którego nastąpi ocena, czy Ograniczenie samodzielności nadal występuje. Okres ten różni się w zależności od rodzaju Ograniczenia samodzielności i jest wskazany w załączniku nr 3 do OWUD.
- 11) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w Polisie czas, przez który udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
- 12) **Operacja** – procedura medyczna wymagająca nacięcia skóry lub innych tkanek, przeprowadzona u Dziecka przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, mająca na celu leczenie Choroby albo urazu Dziecka. Za Operację nie uważa się procedury medycznej mającej na celu wyłącznie postawienia diagnozy.
- 13) **OWUD** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego ochrona dla dziecka.
- 14) **Pobyt w szpitalu** – pobyt Dziecka w Szpitalu wynikający ze wskazań medycznych. Pobyt w szpitalu nie jest pobyt na szpitalnym oddziale ratunkowym.
- 15) **Podstawa świadczenia** – kwota wyliczana na podstawie Sumy ubezpieczenia, która służy do ustalenia wysokości Świadczenia. Podstawa świadczenia różni się w zależności od Zdarzenia ubezpieczeniowego, którego dotyczy i jest wskazana w Tabeli limitów.
- 16) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.
- 17) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 2 do OWUD, które wystąpiło u Dziecka w Okresie ubezpieczenia i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku.
- 18) **Prognozowany okres Ograniczenia samodzielności** – czas od wystąpienia Ograniczenia samodzielności:
 - przez który występuje ograniczenie zdolności funkcjonalnych organizmu do poziomu określonego w definicji danego Ograniczenia samodzielności i trwa on nieprzerwanie przez okres wskazany w definicji; okres ten różni się w zależności od rodzaju Ograniczenia samodzielności i jest wskazany w definicjach w załączniku nr 3 do OWUD i
 - w trakcie którego, po zastosowaniu leczenia zaleconego przez lekarza prowadzącego leczenie Dziecka, nie doszło do poprawy zdolności funkcjonalnych organizmu powyżej poziomu wskazanego w definicji danego Ograniczenia samodzielności.
- 19) **Prudential, my** – Prudential International Assurance plc z siedzibą w Dublinie przy Fitzwilliam Court, Leeson Cl, Dublin 2, D02 TC95, Irlandia, zarejestrowana w rejestrze spółek prowadzonym przez the Com-

panies Registration Office pod numerem 209956 i działająca na podstawie zezwolenia Central Bank of Ireland, działająca poprzez Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-670) przy ul. Puławskiej 182, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000708052.

20) **Suma ubezpieczenia** – kwota, którą wskazaliśmy w Polisie, która służy do ustalenia Podstawy świadczenia. Może ona ulec zmianie na zasadach opisanych w OWUD.

21) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego spełniające ustawowe wymagania dla szpitala obowiązujące w kraju, na którego terenie prowadzi działalność. Szpitalem nie jest hospicjum, sanatorium lub ośrodek sanatoryjny, szpital lub oddział rehabilitacji, szpital lub ośrodek rekonwalescencyjny, placówka medycyny estetycznej, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.

22) **Świadczenie** – kwota, którą wypłacimy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową dodatkową.

23) **Świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z Prudential umowę dotyczącą sporządzenia i przekazania Drugiej opinii medycznej.

24) **Tabela limitów** – załącznik nr 4 do OWUD zawierający informacje o limitach ustalonych dla Umowy dodatkowej.

25) **Tabela operacji** – załącznik nr 1 do OWUD z listą Operacji objętych tą Umową dodatkową wraz z przypisaną do każdej z nich klasą, będącą podstawą do wyliczenia Świadczenia wyrażonego w procencie Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub operacji.

26) **Trwały ubytek neurologiczny** – obiektywne objawy uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, potwierdzone badaniem klinicznym przez neurologa lub neurochirurga. Umowa dodatkowa nie obejmuje zmian widocznych wyłącznie w badaniach obrazowych bez objawów neurologicznych, objawów idiopatycznych ani zaburzeń psychicznych.

27) **Ubezpieczający, Ty** – osoba, która zawarła Umowę i jest zobowiązana do opłacania składek.

28) **Umowa dodatkowa** – dodatkowa umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWUD.

29) **Umowa lub Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta z nami, którą możesz rozszerzyć o Umowę dodatkową.

30) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Pobyt w szpitalu, Operacja, Poważne zachorowanie, Choroba lub Ograniczenie samodzielności, za które wypłacimy Świadczenie.

2. W OWU Twojej Umowy głównej używamy określonych terminów. Jeśli w OWUD nie piszemy inaczej, to terminy użyte w OWU Umowy głównej zachowują swoje znaczenie.

§ 3. Kto może być objęty ochroną

W OWU Twojej Umowy głównej używamy określonych terminów. Jeśli w OWUD nie piszemy inaczej, to terminy użyte w OWU Umowy głównej zachowują swoje znaczenie.

Przykład Ograniczenia samodzielności:

12 stycznia Zosia uległa wypadkowi. Doszło u niej do częściowego niedowładu nóg i utraty możliwości chodzenia.

20 czerwca Zosia zgłosiła się do nas po raz pierwszy, aby otrzymać świadczenie. Nie mogliśmy jednak rozpatrzyć jej prośby, ponieważ zgodnie z definicją do Ograniczenia samodzielności w zakresie „Utrata zdolności chodzenia” obowiązuje 6-miesięczny Okres odroczenia. Oznacza to, że dopiero po upływie tego czasu możemy rozpatrzyć roszczenie.

30 grudnia Zosia zgłosiła się do nas ponownie z dokumentacją medyczną potwierdzającą utrzymujący się brak możliwości chodzenia. Z dokumentacji wynikało, że mimo przebytych operacji i rehabilitacji uraz rdzenia kręgowego nie cofnął się i nie ma rokowań, że cofnie się w ciągu kolejnych 6 miesięcy. To oznacza, że Prognozowany okres ograniczenia samodzielności (który zgodnie z definicją stosujemy do Ograniczenia samodzielności „Utrata zdolności chodzenia”) będzie trwał co najmniej 12 miesięcy, licząc od dnia wypadku, czyli od dnia wystąpienia Ograniczenia samodzielności.

30 grudnia uznaliśmy roszczenie Zosi i wypłaciliśmy świadczenie.

§ 4. Co obejmuje Umowa dodatkowa

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Dziecka.
2. Ponosimy odpowiedzialność w zakresie:
 - 1) Pobytu w szpitalu lub Operacji,
 - 2) Poważnego zachorowania, w tym Drugiej opinii medycznej,
 - 3) Ograniczenia samodzielności.
3. Pobyt w szpitalu lub Operacje obejmujemy ochroną na całym świecie w zakresie:
 - 1) Pobytu w szpitalu, z powodu:
 - a) Nieszczęśliwego wypadku, który to pobyt rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia,
 - b) Choroby, który to pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego pierwszy dzień przypadał nie wcześniej niż po upływie 30 dni od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia,
 - c) Choroby psychicznej, który to pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego pierwszy dzień przypadał nie wcześniej niż po upływie 90 dni od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia,
 - d) ciąży, porodu lub połogu, który to pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, którego pierwszy dzień przypadał nie wcześniej niż po upływie 10 miesięcy od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
 - 2) Operacji, jeśli:
 - a) była skutkiem Nieszczęśliwego wypadku i odbyła się w czasie trwania Okresu ubezpieczenia,
 - b) była skutkiem Choroby i odbyła się nie wcześniej niż po upływie 30 dni od rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
4. Poważne zachorowanie obejmujemy ochroną w zakresie:
 - 1) Poważnych zachorowań wymienionych i zdefiniowanych w załączniku nr 2 do OWUD,
 - 2) Chorób rozpoznanych w Okresie ubezpieczenia w zakresie Świadczenia Drugiej opinii medycznej.
5. Ograniczenie samodzielności obejmujemy ochroną w zakresie wskazanym i zdefiniowanym w Tabeli 2 i 3 oraz w załączniku nr 3 do OWUD.

§ 5. Jak zawieramy Umowę dodatkową

1. Do zawarcia Umowy dodatkowej stosujemy te same postanowienia, które obowiązują w Umowie głównej, z uwzględnieniem poniższych zapisów.
2. Wniosek jest ważny przez 90 dni (chyba że wskazaliśmy inaczej). Po upływie tego czasu zostanie anulowany.
3. Umowa dodatkowa zostanie zawarta z dniem rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia wskazanym w Polisie, chyba że uzgodnimy inaczej.
4. Umowę dodatkową możesz zawrzeć razem z Umową główną na okres 5 lat.
5. Jeśli Umowę dodatkową zawierasz w trakcie trwania Umowy głównej, może ona zostać zawarta na okres od 4 lat i 1 miesiąca do 5 lat, a Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej:
 - 1) musi kończyć się dzień przed rocznicą Umowy głównej,
 - 2) nie może trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego rocznicę Umowy głównej przypadającą po ukończeniu przez Dziecko 25 lat,chyba że uzgodnimy inaczej.
6. Gdy zawierasz Umowę dodatkową, możesz zadeklarować chęć jej kontynuowania. Oznacza to, że wskazujesz deklarowany okres ubezpieczenia. W takim przypadku możemy zaproponować Ci kontynuację Umowy dodatkowej, każdorazowo na okres nie dłuższy niż 5 lat. Umowę kontynuujemy na warunkach zaproponowanych przez nas, bez ponownej oceny ryzyka. Najpóźniej 30 dni przed końcem bieżącego Okresu ubezpieczenia możesz otrzymać od nas propozycję kontynuacji Umowy dodatkowej:
 - 1) w przypadku propozycji kontynuacji Umowy dodatkowej bez zmiany składki wyślemy do Ciebie ofertę jej kontynuacji. Jeżeli nie zgłosisz sprzeciwu, będziemy kontynuować Umowę dodatkową na warunkach, jakie obowiązywały w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia przed kontynuacją (chyba że dojdzie do indeksacji składki),
 - 2) w przypadku, gdy proponujemy zmianę składki przy kontynuacji Umowy dodatkowej, niezbędna będzie Twoja zgoda na jej kontynuację. Nową składkę obliczymy na podstawie taryfy obowiązującej w dniu przygotowania propozycji kontynuacji, przy uwzględnieniu aktualnej Sumy ubezpieczenia, wieku Dziecka, deklarowanego okresu ubezpieczenia oraz dotychczasowych wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W razie braku Twojej zgody Umowa dodatkowa wygaśnie z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.
7. Jeśli w Okresie ubezpieczenia jeden z zakresów ochrony wygaśnie (szczegóły znajdziesz w § 7 ust. 1 i 2), nie proponujemy kontynuacji Umowy dodatkowej na kolejny okres, a Umowa dodatkowa wygaśnie z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.

§ 6. Kiedy kończy się Umowa dodatkowa

1. Masz prawo rozwiązać Umowę dodatkową w dowolnym momencie. Do rozwiązania Umowy dodatkowej stosujemy odpowiednie postanowienia OWU Twojej Umowy głównej oraz poniższe zasady.
2. Umowa dodatkowa zakończy się, gdy:
 - 1) zakończy się Umowa główna,
 - 2) przekształcimy Umowę główną w umowę bezskładkową (jeśli masz taką opcję w Umowie głównej),
 - 3) upłynie Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
 - 4) po wygaśnięciu jednego z zakresów ochrony zgodnie z § 7 ust. 2, zaakceptujemy wniosek o wypłatę Świadczenia, który spowoduje wygaśnięcie kolejnego zakresu.
3. Możesz odstąpić od Umowy dodatkowej. Odstąpienie bę-

dzie skuteczne, jeśli:

- wpłynie do nas albo
- zostanie wysłane (w przypadku Umowy dodatkowej zawartej na odległość)

przed upływem 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej lub od dnia otrzymania Polisy, w zależności od tego, co nastąpiło później.

§ 7. Kiedy wygasa nasza odpowiedzialność w odniesieniu do określonego zakresu Umowy dodatkowej

1. W trakcie trwania Umowy dodatkowej nasza odpowiedzialność może wygasnąć oddzielnie dla każdego z trzech zakresów ochrony:
 - 1) Pobytu w szpitalu lub Operacji,
 - 2) Poważnego zachorowania,
 - 3) Ograniczenia samodzielności.
2. Nasza odpowiedzialność wygasa oddzielnie dla każdego zakresu ochrony w Dacie akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia, którego akceptacja spowoduje wyczerpanie limitu Świadczeń określonego odpowiednio dla danego zakresu:
 - 1) limitu Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia (znajdziesz go w pkt 4 Tabeli limitów) lub
 - 2) limitu Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania (znajdziesz go w pkt 9 Tabeli limitów) lub
 - 3) zaakceptujemy wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 2.
3. Nasza odpowiedzialność wygasa oddzielnie dla każdego z zakresów ochrony w Dacie akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia także wtedy, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe skutkujące akceptacją tego wniosku miało miejsce przed obniżeniem Sumy ubezpieczenia, a w konsekwencji przed obniżeniem Podstawy świadczenia dla tego zakresu, ale zostało zgłoszone po tej zmianie oraz odpowiednio:
 - 1) łączna wartość zaakceptowanych Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających Datę akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze Świadczeniem zaakceptowanym w ramach tego wniosku wyczerpie limit Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji (znajdziesz go w pkt 4 Tabeli limitów) obliczony na podstawie nowej Sumy ubezpieczenia, lub
 - 2) łączna wartość Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania zaakceptowanych w okresie poprzedzającym Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia wraz ze Świadczeniem zaakceptowanym w ramach tego wniosku wyczerpie limit Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania (znajdziesz go w pkt 9 Tabeli limitów) obliczony na podstawie nowej Sumy ubezpieczenia.

§ 8. Suma ubezpieczenia i Podstawa świadczenia – ile wynosi i jak można ją zmienić

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia ustalasz przy zawieraniu Umowy dodatkowej. Znajdziesz ją w swojej Polisie.
2. Suma ubezpieczenia wyznacza Podstawę świadczenia, która wynosi:
 - 1) 100% Sumy ubezpieczenia – dla Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji,
 - 2) 400% Sumy ubezpieczenia – dla Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania,
 - 3) 400% Sumy ubezpieczenia – dla Świadczeń z tytułu Ograniczenia samodzielności.

Przykład:

Jaś chroniony jest umową dodatkową z sumą ubezpieczenia 100 000 zł. To oznacza, że w razie jego:

- Pobytu w szpitalu lub Operacji – Świadczenia obliczymy od kwoty 100 000 zł,
 - Poważnego zachorowania – Świadczenia obliczymy od kwoty 4 x 100 000 zł, czyli 400 000 zł,
 - Ograniczenia samodzielności – Świadczenia obliczymy również od kwoty 4 x 100 000 zł, czyli 400 000 zł.
3. Możesz złożyć wniosek o zmianę Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej na zasadach, jakie obowiązują w Twojej Umowie głównej, dotyczących zmiany odpowiednio: gwarantowanej sumy z tytułu dożycia, gwarantowanej sumy ubezpieczenia albo sumy ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe, jeśli od dnia, w którym zmiana zacznie obowiązywać, do końca Okresu ubezpieczenia został co najmniej 1 rok,
 - 2) minimalna kwota podwyższenia jest określona w pkt 2 Tabeli limitów,
 - 3) obniżenie jest możliwe po pierwszym roku trwania Umowy dodatkowej,
 - 4) minimalne wysokości składek po obniżeniu określone są w pkt 1 Tabeli limitów.
 4. Gwarantowane podwyższenie odpowiednio: gwarantowanej sumy z tytułu dożycia, gwarantowanej sumy ubezpieczenia albo sumy ubezpieczenia opisane w OWU Umowy głównej, nie ma zastosowania do podwyższenia Sumy ubezpieczenia dla tej Umowy dodatkowej.
 5. Zmiana Sumy ubezpieczenia wpływa na wysokość Podstawy świadczenia i wysokość składki za Umowę dodatkową.
 6. Nowa wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej:
 - 1) w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia jest sumą dotychczasowej wysokości składki i kwoty zmiany składki, zgodnie z § 9 ust. 1,
 - 2) w przypadku obniżenia Sumy ubezpieczenia jest różnicą pomiędzy dotychczasową wysokością składki a kwotą zmiany składki, zgodnie z § 9 ust. 1.
 7. Każda zmiana Sumy ubezpieczenia wymaga naszej zgody i Twojej akceptacji nowej składki. Możemy nie wyrazić zgody na zmianę Sumy ubezpieczenia.

§ 9. Składka – ile wynosi i jak ją ustalamy

1. Wysokość składki lub kwota zmiany składki za Umowę dodatkową zależy odpowiednio od:
 - 1) Sumy ubezpieczenia lub kwoty zmiany Sumy ubezpieczenia,
 - 2) deklarowanego przez Ciebie czasu trwania okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej lub czasu, jaki pozostał od dnia wejścia w życie zmiany Sumy ubezpieczenia do końca deklarowanego okresu, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności, w szczególności ograniczeń, o których mowa w § 4 ust. 3 pkt 1 lit. b), c) d) oraz pkt 2 lit. b),
 - 3) aktualnej częstotliwości opłacania składek,
 - 4) wieku Dziecka w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub zmianę Sumy ubezpieczenia,
 - 5) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego przy zawarciu Umowy dodatkowej lub przy podwyższeniu Sumy ubezpieczenia,
 - 6) taryf aktualnych w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub jej zmianę.

2. Zasady opłacania składek, ich zwrotu i skutków nieopłacenia są takie same jak w Twojej Umowie głównej.
3. Wysokość składki za Umowę dodatkową znajdziesz w Polisie lub innych dokumentach ubezpieczeniowych.

§ 10. Indeksacja i waloryzacja składki

1. Indeksacja i waloryzacja składki oraz Sumy ubezpieczenia będzie odbywać się na zasadach wskazanych w Umowie głównej. Kwotę podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji obliczymy na podstawie:
 - 1) różnicy pomiędzy wysokością składki po indeksacji lub waloryzacji i przed indeksacją lub waloryzacją,
 - 2) czasu, jaki pozostał do końca deklarowanego okresu ubezpieczenia,
 - 3) aktualnej częstotliwości opłacania składek,
 - 4) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przy zawarciu Umowy dodatkowej lub przy podwyższeniu Sumy ubezpieczenia,
 - 5) taryf stosowanych przez nas w dniu rocznicy Umowy oraz
 - 6) wieku Dziecka w dniu dokonania indeksacji lub waloryzacji.
2. Nową wysokość Sumy ubezpieczenia obliczymy jako sumę dotychczasowej Sumy ubezpieczenia oraz kwoty podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji.

§ 11. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu

1. Jeżeli w tym paragrafie piszemy o Świadczeniach, odnosi się w ten sposób do Świadczeń z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu.
2. W razie Pobytu w szpitalu Świadczenia obliczymy z uwzględnieniem Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji, jaka obowiązywała w pierwszym Dniu pobytu w szpitalu (znajdziesz ją w pkt 3 Tabeli limitów).
3. Świadczenia obliczymy zgodnie z poniższą zasadą:

Liczba dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu	Wysokość Świadczenia
1–30	1,5% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji za każdy Dzień pobytu w szpitalu
31 dni i więcej	1,5% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji za każdy dzień od 1. do 30. Dnia pobytu w szpitalu oraz 3% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji za każdy dzień od 31. Dnia pobytu w szpitalu

4. Jeśli w trakcie Pobytu w szpitalu Dziecko przebywało czasowo, za zgodą lekarza, poza Szpitalem – nie przerywa to Pobytu w szpitalu, ale za ten okres nie wypłacimy Świadczenia.
5. Jeśli Dziecko zostało przeniesione do innego Szpitala, postraktujemy cały okres jako jeden Pobyt w szpitalu, przy czym dzień przeniesienia uwzględnimy w kalkulacji Świadczenia wyłącznie jeden raz.
6. W określonych sytuacjach Dziecko może otrzymać dodatkowe Świadczenia:

Sytuacja	Dodatkowe Świadczenie
Pobyt w szpitalu na OIOM spełniający warunki określone w § 4 ust. 3 pkt 1 lit. a-d	Za każdy Dzień pobytu w szpitalu na OIOM wypłacimy 1,5% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w 1. Dniu pobytu w szpitalu
Jednorazowy Pobyt w szpitalu dłuższy niż 21 dni	10% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w 1. Dniu pobytu w szpitalu

7. Za jeden Pobyt w szpitalu (włączając w to pobyt na OIOM) wypłacimy Świadczenie maksymalnie do wysokości Maksymalnego jednorazowego Świadczenia z tytułu jednego Pobytu w szpitalu wskazanego w pkt 5 Tabeli limitów.
8. Jeśli suma wnioskowanego Świadczenia i zaakceptowanych dotychczas Świadczeń przekroczy limit Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji wskazany w pkt 4 Tabeli limitów (dla ostatnich 5 lat), wypłacimy tylko różnicę między tym limitem a Świadczeniami już zaakceptowanymi.
9. Jeśli suma wnioskowanego Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi i zaakceptowanych dotychczas Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi przekroczy:
 - 1) limit Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji wskazany w pkt 4 Tabeli limitów (dla ostatnich 5 lat) lub
 - 2) łączna liczba dni Pobytu w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi z tytułu wnioskowanego Świadczenia oraz z tytułu zaakceptowanej dotychczas liczby dni Pobytu w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi przekroczy maksymalną liczbę Dni pobytu w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi (pkt 6 Tabeli limitów),
 wypłacimy Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w związku z chorobami psychicznymi w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy limitem, który zostanie wyczerpany jako pierwszy, a już zaakceptowanymi Świadczeniami.

§ 12. Świadczenie z tytułu Operacji

1. Jeżeli w tym paragrafie piszemy o Świadczeniach odnosimy się w ten sposób do Świadczeń z tytułu Operacji.
2. W razie Operacji wypłacimy odpowiednio:

Klasa Operacji	Wysokość Świadczenia
Klasa 1	100% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w dniu Operacji
Klasa 2	75% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w dniu Operacji
Klasa 3	50% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w dniu Operacji
Klasa 4	25% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w dniu Operacji
Klasa 5	10% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w dniu Operacji
Operacja, która nie jest wymieniona w Tabeli operacji	10% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu Operacji

2. Jeśli w trakcie jednego zabiegu wykonano kilka Operacji wymienionych w różnych punktach Tabeli operacji, wypłacimy Świadczenie za każdą z nich, w łącznej wysokości nie wyższej niż maksymalne jednorazowe Świadczenie z tytułu Operacji (znajdziesz je w pkt 7 Tabeli limitów).
3. Świadczenie zostanie powiększone o 10% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji obowiązującej w dniu Operacji, jeżeli Świadczenie to jest należne za Operację z klasy 1, zgodnie z Tabelą operacji. To dodatkowe Świadczenie nie wlicza się do maksymalnego jednorazowego Świadczenia z tytułu Operacji (znajdziesz je w pkt 7 Tabeli limitów).
4. Jeśli suma wnioskowanego Świadczenia i zaakceptowanych dotychczas Świadczeń z ostatnich 5 lat poprzedzających datę akceptacji tego wniosku o wypłatę Świadczenia przekroczy limit Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub operacji w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających datę akceptacji tego wniosku (znajdziesz go w pkt 4 Tabeli limitów), wypłacimy różnicę pomiędzy tym limitem a już zaakceptowanymi Świadczeniami.

§ 13. Świadczenie w razie Poważnego zachorowania

1. Jeżeli w tym paragrafie piszemy o Świadczeniach, odnosimy się w ten sposób do Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania.
2. W razie Poważnego zachorowania wypłacimy Świadczenie w wysokości procentu Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania (znajdziesz ją w pkt 8 Tabeli limitów). Świadczenie to obliczymy zgodnie z odpowiednim procentem Podstawy świadczenia, jaki obowiązywał w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, zgodnie z Tabelą 1:

Tabela 1

Wysokość Świadczenia wyrażona procentem Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania

Grupa 1	
1. Śpiączka z trwałym ubytkiem neurologicznym	150%
2. Przewlekła niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu	150%
3. Niewydolność wątroby	150%
4. Niewydolność oddechowa spowodowana chorobą płuc	150%
5. Sepsa	150%
6. Choroba w końcowym stadium	150%
7. Choroba płuc wymagająca usunięcia płuca	150%
8. Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	150%
9. Zespół nerczycowy	150%
10. Choroba Leśniowskiego-Crohna	150%
11. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające leczenia operacyjnego	150%
12. Zespół hemolityczno-mocznicowy powodujący trwałe powikłania nerkowe lub neurologiczne	150%
Grupa 2	
13. Stwardnienie rozsiane	150%
14. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	150%
15. Choroba Alzheimera	150%
16. Choroba neuronu ruchowego	150%
17. Dystrofia mięśniowa	150%
18. Choroba Parkinsona	150%
19. Postępujące porażenie nadjądrowe	150%
20. Guzkowe zapalenie tętnic	150%
21. Choroba Huntingtona	150%

22. Miastenia	150%
23. Zespół Guillaina-Barrégo	150%
24. Toczeń rumieniowaty układowy	150%
25. Reumatoidalne zapalenie stawów	150%
26. Twardzina układowa	150%
27. Młodzieńcze reumatoidalne zapalenie stawów	150%
28. Padaczka	150%
Grupa 3	
29. Zawał serca	100%
30. Choroba zastawkowa serca wymagająca przeprowadzenia Operacji	100%
31. Choroba aorty	100%
32. Kardiomiopatia	100%
33. Strukturalna Choroba serca kwalifikująca się do rewaskularyzacji	100%
34. Udar mózgu	100%
35. Nadciśnienie płucne	100%
36. Choroba niedokrwienna serca spowodowana miażdżycą wymagająca przeprowadzenia Operacji	100%
37. Zapalenie wsierdza	100%
38. Choroba Kawasaki	100%
Grupa 4	
39. Anemia aplastyczna	100%
40. Łagodny guz mózgu	100%
41. Nowotwór złośliwy	100%
42. Rak przedinwazyjny (in situ) wymagający leczenia operacyjnego	25%
43. Ropień mózgu wymagający leczenia operacyjnego	100%
44. Ciężka Choroba mózgu	100%
Grupa 5	
45. Borelioza	50%
46. Wścieklizna	100%
47. Zgorzel gazowa	25%
48. Ziarniniakowatość	50%
49. Pełzakowica	25%
50. Cukrzyca	100%
51. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu	100%
52. Zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków służbowych	100%
53. Tęžec	25%
54. Bąblowiec mózgu	50%
55. Gruźlica	100%
56. Zapalenie mózgu	100%
57. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	100%
58. Choroba Heinego-Medina (Polio)	25%
59. Inwazyjne zakażenie pneumokokowe	100%
60. Cholera	25%
61. Dur brzuszny	25%
62. Gorączka Denga	25%
63. Gorączka Ebola	25%
64. Malaria wymagająca hospitalizacji	25%
65. Żółta gorączka	25%

2. Poważne zachorowania objęte ochroną są podzielone na grupy. Każda grupa ma przypisany limit Świadczeń, wyrażony jako procent Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania:

- grupa 1 – 150% ,
- grupa 2 – 150%,
- grupa 3 – 100%,
- grupa 4 – 100%,
- grupa 5 – 100%.

3. Akceptacja wniosku o wypłatę Świadczenia należącego do danej grupy pomniejsza dostępny limit Świadczeń dla tej grupy, przy czym:
 - 1) łączna suma Świadczeń zaakceptowanych w ramach jednej grupy nie może przekroczyć limitu Świadczeń przypisanego do tej grupy.
 - 2) limity Świadczeń przypisane do poszczególnych grup są od siebie niezależne.
4. Jeśli suma wnioskowanego Świadczenia z danej grupy oraz kwoty zaakceptowanych dotychczas Świadczeń z tej grupy przekroczy limit Świadczeń przypisanych do tej grupy, wypłacimy różnicę między tym limitem, a już zaakceptowanymi Świadczeniami.
5. Jeśli suma zaakceptowanych Świadczeń z danej grupy wyczerpie limit wypłat przypisany do niej, to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tej grupy wygasa. Ochrona jest kontynuowana w grupach, które nie wygasty.

§ 14. Świadczenie Drugiej opinii medycznej

1. W razie Choroby zorganizujemy kontakt ze Świadczeniodawcą i pokryjemy koszty uzyskania Drugiej opinii medycznej dotyczącej tej Choroby.
2. Dziecko w każdym Roku ubezpieczenia może skorzystać z Drugiej opinii medycznej dla danej Choroby jeden raz. Jeśli dokumentacja medyczna przekazana w dniu złożenia wniosku jest starsza niż 12 miesięcy, Świadczeniodawca może poprosić o jej aktualizację.
3. Druga opinia medyczna opiera się na historii Choroby i rozpoznaniu przeprowadzonym przez lekarzy prowadzących leczenie Dziecka.
4. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona na piśmie i, jeśli będzie to konieczne, przetłumaczona na język polski.
5. Jeśli do wydania Drugiej opinii medycznej niezbędna jest bezpośrednia ocena stanu zdrowia Dziecka, Świadczeniodawca może skierować je na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty tych badań pokrywa Świadczeniodawca.

§ 15. Świadczenie z tytułu Ograniczenia samodzielności

1. Jeżeli w tym paragrafie piszemy o Świadczeniach odnosi się w ten sposób do Świadczeń z tytułu Ograniczenia samodzielności.
2. W razie Ograniczenia samodzielności wypłacimy Świadczenie w kwocie równej odpowiedniemu procentowi Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności (znajdziesz ją w pkt 12 Tabeli limitów). Świadczenie to obliczymy zgodnie z odpowiednim procentem Podstawy świadczenia obowiązującym w dniu wystąpienia Ograniczenia samodzielności zgodnie z Tabelami 2 i 3 poniżej:

Tabela 2

Ograniczenia samodzielności skutkujące wypłatą 100%
Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności

Ograniczenia samodzielności dla Dziecka do ukończenia 11 roku życia włącznie:

Ograniczenie samodzielności	Procent Podstawy świadczenia
1 Utrata zdolności widzenia w obu oczach	100%

2	Utrata zdolności słyszenia w obu uszach	100%
3	Utrata rąk lub stóp	100%
4	Zespół ogona końskiego	100%
5	Ciężkie oparzenia	100%
6	Utrata zdolności do samodzielnego życia	100%
7	Niepełnosprawność	100%
8	Stan wegetatywny	100%

Ograniczenia samodzielności dla Dziecka od ukończenia 12 lat do ukończenia 15. roku życia włącznie:

Ograniczenie samodzielności	Procent Podstawy świadczenia i
1 Utrata zdolności widzenia w obu oczach	100%
2 Utrata zdolności słyszenia w obu uszach	100%
3 Utrata zdolności mówienia	100%
4 Utrata zdolności chodzenia	100%
5 Utrata zdolności poruszania się po schodach	100%
6 Utrata zdolności stania	100%
7 Utrata zdolności klękania/ schylania się	100%
8 Utrata zdolności podnoszenia i przenoszenia	100%
9 Utrata zdolności używania rąk	100%
10 Utrata zdolności siedzenia	100%
11 Utrata zdolności używania jednego ramienia	100%
12 Utrata rąk lub stóp	100%
13 Zespół ogona końskiego	100%
14 Ciężkie oparzenia	100%
15 Utrata zdolności do samodzielnego życia	100%
16 Niepełnosprawność	100%
17 Afazja czuciowa lub czuciowo-ruchowa	100%
18 Stan wegetatywny	100%

Ograniczenia samodzielności dla Dziecka od ukończenia 16. roku życia:

Ograniczenie samodzielności	Procent Podstawy świadczenia
1 Utrata zdolności widzenia w obu oczach	100%
2 Utrata zdolności słyszenia w obu uszach	100%
3 Utrata zdolności mówienia	100%
4 Utrata zdolności chodzenia	100%
5 Utrata zdolności poruszania się po schodach	100%
6 Utrata zdolności stania	100%
7 Utrata zdolności klękania/ schylania się	100%
8 Utrata zdolności podnoszenia i przenoszenia	100%
9 Utrata zdolności używania rąk	100%
10 Utrata zdolności siedzenia	100%
11 Utrata zdolności używania ramion	100%
12 Utrata rąk lub stóp	100%
13 Zespół ogona końskiego	100%
14 Ciężkie oparzenia	100%
15 Utrata zdolności do samodzielnego życia	100%
16 Znaczny stopień niepełnosprawności	100%
17 Całkowita niezdolność do pracy	100%
18 Afazja czuciowa lub czuciowo-ruchowa	100%
19 Stan wegetatywny	100%

Tabela 3

Ograniczenia samodzielności skutkujące wypłatą 50% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności

Ograniczenia samodzielności dla Dziecka do ukończenia 11. roku życia włącznie:

Ograniczenie samodzielności	Procent Podstawy świadczenia
1 Jednostronna utrata słuchu lub fizyczna utrata ucha	50%
2 Całkowita utrata widzenia w jednym oku	50%
3 Rozległe oparzenia trzeciego stopnia	50%
4 Utrata ręki lub stopy	50%
5 Utrata funkcji jednej kończyny/ utrata jednej kończyny	50%
6 Poważny uraz mózgu	50%
7 Częściowe usunięcie zuchwy, całej wyjmowanej części lub połowy kości szczęki	50%
8 Całkowity paraliż nerwu pośrodkowego	50%
9 Amputacja czterech palców, w tym kciuka	50%

Ograniczenia samodzielności dla Dziecka od ukończenia 12. roku życia:

Ograniczenie samodzielności	Procent Podstawy świadczenia i
1 Jednostronna utrata słuchu lub fizyczna utrata ucha	50%
2 Całkowita utrata widzenia w jednym oku	50%
3 Rozległe oparzenia trzeciego stopnia	50%
4 Utrata ręki lub stopy	50%
5 Utrata funkcji jednej kończyny/ utrata jednej kończyny	50%
6 Poważny uraz mózgu	50%
7 Utrata zdolności używania jednej ręki	50%
8 Utrata zdolności używania jednego ramienia	50%
9 Utrata zdolności pisanie/ używania klawiatury/ używania ekranu dotykowego	50%
10 Utrata zdolności ciągnięcia/ pchania	50%
11 Umiarkowany stopień niepełnosprawności (dotyczy jedynie Dziecka od ukończenia 16 roku życia)	50%
12 Częściowe usunięcie zuchwy, całej wyjmowanej części lub połowy kości szczęki	50%
13 Całkowity paraliż nerwu pośrodkowego	50%
14 Amputacja czterech palców, w tym kciuka	50%
15 Wytrzeszcz tętniący obustronny	50%
16 Afazja ruchowa	50%
17 Połowicze niedowidzenia dwuskroniowe	50%

- Akceptacja wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 2 powoduje wygaśnięcie naszej odpowiedzialności w zakresie Ograniczenia samodzielności zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 3.
- Akceptacja wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 3 pomniejsza dostępny limit Świadczeń dla tej Tabeli (znajdziesz go w pkt 14 Tabeli limitów), przy czym łączna suma takich Świadczeń nie może przekroczyć tego limitu.
- Jeśli suma wnioskowanego Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 3 (pkt 14 Tabeli limitów) oraz kwoty zaakceptowanych dotychczas takich

Świadczeń, przekroczy limit Świadczeń dla tej Tabeli, wypłacimy różnicę między tym limitem a już zaakceptowanymi Świadczeniami.

6. Jeśli suma zaakceptowanych Świadczeń z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 3 wyczerpie limit Świadczeń przypisany do tej Tabeli (pkt 14 Tabeli limitów), to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Ograniczeń samodzielności wskazanych w tej Tabeli wygasa. Ochrona jest kontynuowana w ramach Ograniczeń samodzielności wskazanych w Tabeli 2.

4. Nasza odpowiedzialność wygasa w zakresie ochrony z tytułu Ograniczeń samodzielności wskazanych w Tabeli 3 w Dacie akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia wtedy, gdy:

- 1) Zdarzenie ubezpieczeniowe skutkujące akceptacją tego wniosku miało miejsce przed obniżeniem Sumy ubezpieczenia, a w konsekwencji przed obniżeniem Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności, ale zostało zgłoszone po tej zmianie oraz
- 2) łączna wartość Świadczeń z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanych w Tabeli 2, zaakceptowanych w okresie poprzedzającym Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia wraz ze Świadczeniem zaakceptowanym w ramach tego wniosku wyczerpie limit Świadczeń z tytułu Ograniczeń samodzielności określonych w Tabeli 3 (znajdziesz go w pkt 14 Tabeli limitów) obliczony na podstawie nowej Sumy ubezpieczenia.

Ochrona w zakresie Świadczeń z tytułu Ograniczeń samodzielności wskazanych w Tabeli 2 jest kontynuowana.

7. Jeżeli Dziecko w wyniku tej samej Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku doznało:

- 1) więcej niż jednego Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 2 albo w Tabeli 3 – wypłacimy Świadczenie za jedno z tych Ograniczeń samodzielności,
- 2) Ograniczenia samodzielności wskazanego zarówno w Tabeli 2, jak i Tabeli 3 – wypłacimy Świadczenie za Ograniczenie samodzielności, wskazane w Tabeli 2. W takim przypadku nasza odpowiedzialność z tytułu Ograniczenia samodzielności wygaśnie zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 3.

8. Jeżeli po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 3 u Dziecka wystąpi następnie – wskutek tej samej Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku – Ograniczenie samodzielności wskazane w Tabeli 2, wypłacimy Świadczenie za to Ograniczenie samodzielności w wysokości różnicy pomiędzy Świadczeniem już zaakceptowanym a Świadczeniem przysługującym za to Ograniczenie samodzielności.

Przykład:

Szymek choruje na chorobę zwyrodnieniową stawów i złożył wniosek o wypłatę świadczenia.

Z dokumentacji medycznej wynika, że choroba spowodowała u niego dwa Ograniczenia samodzielności: (1) sztywności i ograniczenia ruchomości lewej nogi oraz (2) sztywności i ograniczenia ruchomości prawej ręki.

Obie przypadłości spełniają definicję Ograniczeń samodzielności z Tabeli 3 ze świadczeniami w wysokości 50% Podstawy świadczenia: (1) utrata funkcji jednej kończyny/ utrata jednej kończyny, (2) utrata zdolności pisanja/ używania klawiatury/ używania ekranu dotykowego.

Szymek otrzyma świadczenie w wysokości 50% Podstawy świadczenia tylko za jedno z tych ograniczeń.

Jeżeli w przyszłości stan zdrowia Szymka nadal będzie się pogarszał i doprowadzi do utraty zdolności chodzenia (czyli Ograniczenia samodzielności wskazanego w Tabeli 2),

Szymek będzie mógł złożyć nowy wniosek o wypłatę Świadczenia. W takim przypadku otrzyma Świadczenie wyliczone w następujący sposób:

- wysokość świadczenia za utratę zdolności chodzenia = 100% Podstawy świadczenia,
- wysokość Świadczenia wypłaconego poprzednio – 50% Podstawy świadczenia,
- wysokość Świadczenia do wypłaty: $100\% - 50\% = 50\%$ Podstawy świadczenia.

Szymek otrzyma Świadczenie w wysokości 50% Podstawy świadczenia.

§ 16. Kiedy nie wypłacimy Świadczenia

1. W niektórych sytuacjach nie ponosimy odpowiedzialności. Oznacza to, że nie wypłacimy Świadczenia z Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z lub było skutkiem:

- próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia się Dziecka,
- czynnego udziału Dziecka w Aktach przemocy, wojnie, działaniach zbrojnych, operacjach o charakterze wojсковym, misjach pokojowych, misjach stabilizacyjnych, zamieszkach lub Aktach terroru,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- stanu Dziecka po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości – w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych (chyba że zostały użyte zgodnie z zaleceniem lekarza),
- działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, reakcji termojądrowych lub wybuchów jądrowych, wynikającego bezpośrednio lub pośrednio z reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego, z wyjątkiem promieniowania wykorzystywanego w diagnostyce medycznej lub leczeniu.

2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji, które nastąpiły w związku z lub były skutkiem:

- Choroby Dziecka będącej skutkiem spożywania alkoholu, zażywania środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych,
- uprawiania przez Dziecko sportów niebezpiecznych, przez które rozumie się: sporty powietrzne, wliczając spadochroniarstwo oraz latanie samolotami ultralekkimi, akrobacje spadochronowe, lotniarstwo, paralotniarstwo; wspinaczkę wysokogórską lub wspinaczkę skałkową, eksplorację jaskiń oraz nurkowanie w jaskiniach, nurkowanie na głębokości co najmniej 30 metrów, skoki na linie oraz BASE jumping, sporty motorowe, żeglarstwo morskie,
- lotu Dziecka jakimkolwiek statkiem powietrznym, z wyjątkiem lotów na pokładzie samolotu licencjonowanych linii lotniczych odbywającego lot w ramach regularnych przewozów lotniczych lub przewozów czarterowych,
- skażenia radioaktywnego wywołanego wypadkiem jądrowym,
- chirurgią plastyczną i kosmetyczną, jeśli leczenie nie było prowadzone w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku lub Operacji rekonstrukcji wskazanych w Tabeli operacji.

3. Nie wypłacimy Świadczenia za Pobyt w szpitalu, które nastąpiło w związku z lub było skutkiem:
 - antykoncepcją lub sterylizacją,
 - leczeniem uzależnień, rehabilitacją, opieką paliatywną lub hospicyjną
4. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności, które nastąpiło w związku z lub było skutkiem:
 - lotem Dziecka jakimkolwiek statkiem powietrznym biorącym udział w wojskowych lub eksperymentalnych operacjach lotniczych lub w operacjach lotniczych prowadzonych niezgodnie z obowiązującymi przepisami i regulacjami dotyczącymi lotnictwa cywilnego,
 - umyślnego użycia przez Dziecko produktu leczniczego niezgodnie z ulotką informacyjną tego produktu lub niezgodnie z zaleceniem lekarza.
5. W zakresie Drugiej opinii medycznej nasza odpowiedzialności jest ograniczona w następujący sposób:
 - 1) Nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej. Nie odpowiadamy za jej medyczną poprawność, błędy lekarskie lub diagnostyczne popełnione przez lekarzy sporządzających opinię ani za skutki zastosowania się do zaleceń wynikających z tej opinii.
 - 2) Treść Drugiej opinii medycznej zależy od prawdziwości i jakości dostarczonych dokumentów.
 - 3) Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii lekarza prowadzącego i nie mogą być traktowane jako samodzielne rozpoznanie ani zalecenie terapeutyczne.
 - 4) W przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej, Ubezpieczony powinien niezwłocznie podjąć leczenie według zaleceń lekarza prowadzącego, bez oczekiwania na wydanie Drugiej opinii medycznej.

§ 17. Co, jeśli podasz nieprawdziwe informacje przy zawieraniu Umowy dodatkowej lub w przypadku jej zmiany

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej i które zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Dziecka lub Waszych przedstawicieli.
2. Jeśli podwyższyłeś Sumę ubezpieczenia, a Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku lub w innych pismach przed tą zmianą i które zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Dziecka lub Waszych przedstawicieli, nie wypłacimy Świadczenia w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ty, Dziecko albo Wasi przedstawiciele z winy umyślnej naruszyliście obowiązek podania informacji, o których piszemy w ust. 1 i 2, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem tych okoliczności.
4. Powyższe ograniczenia nie obowiązują, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi po upływie 3 lat od zawarcia lub zmiany Umowy dodatkowej.

§ 18. Jak wypłacimy Świadczenie

1. Do wypłaty Świadczenia stosujemy odpowiednie warunki wypłaty Świadczenia z tytułu śmierci w Twojej Umowie głównej, z wyłączeniem zapisów dotyczących zaliczki na poczet świadczenia.
2. Świadczenie z Umowy dodatkowej przysługuje Dziecku.
3. Możemy skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub diagnostyczne, jeśli będą potrzebne do oceny zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia, w szczególności, jeżeli Poważne zachorowanie lub Ograniczenie samodzielności nie zostało potwierdzone przez lekarza wymaganej specjalności lub wymaganym badaniem. Koszty tych badań pokrywamy my.

§ 19. Reklamacje i skargi

Jeśli chcesz złożyć reklamację, skargę lub zażalenie dotyczące tej Umowy dodatkowej, możesz to zrobić na zasadach, które obowiązują w Twojej Umowie głównej.

§ 20. Treść Twojej Umowy dodatkowej

Treść Umowy dodatkowej określają:

- Polisa, którą od nas otrzymujesz,
- OWUD,
- wniosek o zawarcie Umowy wraz z uzgodnionymi zmianami albo wniosek o jej zmianę,
- wszystkie uzgodnienia stron dokonane w trakcie obowiązywania Umowy, zgodnie z zasadami określonymi w OWU i OWUD.

§ 21. Język do kontaktu

Językiem stosowanym w kontakcie z nami jest język polski, chyba że wyrazimy zgodę na przekazywanie dokumentów w innym języku.

§ 22. Załączniki do OWUD

Integralną częścią OWUD są załączniki:

1. Tabela operacji – zawiera listę wszystkich procedur medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową oraz przypisane im klasy, które decydują o wysokości Świadczenia.
2. Lista Poważnych zachorowań – zawiera listę wszystkich Poważnych zachorowań objętych ochroną ubezpieczeniową oraz przypisane im grupy, które decydują o wysokości Świadczenia.
3. Lista Ograniczeń samodzielności – zawiera listę i definicje wszystkich Ograniczeń samodzielności objętych ochroną ubezpieczeniową, które decydują o wypłacie i wysokości Świadczenia.
4. Tabela limitów – określa obowiązujące limity, w tym maksymalne kwoty Świadczeń, jakie możemy wypłacić w ramach tej Umowy dodatkowej.

A. Messerli 

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Załącznik nr 1 do OWUD ochrona dla dziecka (CPP/1/2026)

Tabela operacji

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
Struktury mózgu, opony mózgowe, czaszka		
1. Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	75%	2
2. Drenaż przestrzeni podoponowej	75%	2
3. Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	75%	2
4. Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	75%	2
5. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	75%	2
6. Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	75%	2
7. Drenaż ropniaka podtwardówkowego	75%	2
8. Drenaż wodniaka śródczaszkowego	75%	2
9. Drenaż zmiany w tkance mózgowej	75%	2
10. Kauteryzacja spłotu naczyńiówkowego opon mózgowych	75%	2
11. Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	100%	1
12. Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	100%	1
13. Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	100%	1
14. Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	100%	1
15. Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	100%	1
16. Lobotomia / traktotomia	100%	1
17. Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	100%	1
18. Operacja otwarta tętniaka tętnicy mózgowej lub przetoki tętniczo-żylny (np. klipsowanie)	100%	1
19. Operacja przepukliny mózgowej	100%	1
20. Operacja wewnątrzczaszkowa naprawcza nerwu czaszkowego	100%	1
21. Otwarta biopsja guza mózdzku	75%	2
22. Otwarta biopsja guza mózgu	75%	2
23. Otwarta biopsja opony mózgu	75%	2
24. Plastyka kości mózgowoczaszki	100%	1
25. Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	75%	2
26. Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	75%	2
27. Przecięcie ciała modzelowatego – kalozotomia	100%	1
28. Przeszczepienie wewnątrzczaszkowe nerwu czaszkowego	100%	1
29. Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	100%	1
30. Rozległe wycięcie tkanki mózdzku	100%	1
31. Rozległe wycięcie tkanki pnia mózgu	100%	1
32. Stereotaktyczna ablaacja tkanki mózgowej	50%	3
33. Stereotaktyczna wewnątrzczaszkowa dekompresja nerwu czaszkowego	50%	3
34. Usunięcie ropnia mózgu	100%	1
35. Wentrykulostomia	50%	3
36. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	100%	1
37. Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	75%	2
38. Wewnątrznaczyniowa operacja tętniaka tętnicy mózgowej	75%	2
39. Wycięcie guza w kościach mózgowoczaszki	100%	1
40. Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyńiówkowego opon mózgowych	75%	2
41. Wycięcie zmiany opony mózgu	100%	1
42. Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego wewnątrzczaszkowe	100%	1
43. Wycięcie zmiany w tkance mózgu	100%	1
44. Wycięcie zmiany w tkance mózdzku	100%	1
45. Wycięcie zmiany w tkance pnia mózgu	100%	1
46. Zwiadowcza kraniotomia z powodu urazu głowy	100%	1

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
Rdzeń kręgowy, struktury kanału kręgowego, nerwy		
47. Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	100%	1
48. Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	25%	4
49. Mikrochirurgiczna operacja nerwu obwodowego	50%	3
50. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	75%	2
51. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	75%	2
52. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	100%	1
53. Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	100%	1
54. Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	100%	1
55. Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	100%	1
56. Sympatektomia lędźwiowa	50%	3
57. Sympatektomia piersiowa	50%	3
58. Sympatektomia szyjna	50%	3
59. Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	75%	2
60. Wycięcie zmiany opon mózgowo-rdzeniowych	75%	2
61. Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego	100%	1
Oko		
62. Cofnięcie mięśnia oka	25%	4
63. Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	25%	4
64. Korekcja deformacji powieki	25%	4
65. Korekcja opadania powieki	25%	4
66. Laserowy zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki	25%	4
67. Nacięcie rogówki	10%	5
68. Nacięcie tęczęwki	25%	4
69. Nacięcie torebki soczewki oka	10%	5
70. Nacięcie twardówki	10%	5
71. Naprawa garbiaka twardówki	10%	5
72. Operacja ciała szklatego	50%	3
73. Operacja gruczołu łzowego	25%	4
74. Operacja mięśnia oka	25%	4
75. Operacja naprawcza spojówki	10%	5
76. Operacja zez	25%	4
77. Operacyjna plastyka oczodołu	50%	3
78. Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	25%	4
79. Pourazowa operacja naprawcza rogówki	10%	5
80. Przeszczepienie rogówki	25%	4
81. Rekonstrukcja dróg łzowych	50%	3
82. Rekonstrukcja powieki	25%	4
83. Rekonstrukcja spojówki z Przeszczepieniem	25%	4
84. Trepanacja twardówki z usunięciem tęczęwki	10%	5
85. Usunięcie ciała rzęskowego	10%	5
86. Usunięcie guza oczodołu	25%	4
87. Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	25%	4
88. Usunięcie skrzydlika	10%	5
89. Usunięcie soczewki i wprowadzenie sztucznej soczewki	25%	4
90. Usunięcie zmiany oczodołu	50%	3
91. Usunięcie zmiany spojówki	10%	5
92. Usunięcie zmiany twardówki	10%	5
93. Usunięcie zrostów spojówki lub powieki	10%	5
94. Usunięcie zrostów tęczęwki	10%	5
95. Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	25%	4
96. Wszczepienie protezy oka	25%	4
97. Wycięcie mięśnia oka	25%	4

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
98. Wycięcie tęczówki	25%	4
99. Wycięcie woreczka lub dróg łzowych	10%	5
100. Wycięcie zmiany powieki	10%	5
101. Wycięcie zmiany rogówki	25%	4
102. Wycięcie zmiany tęczówki	10%	5
103. Wytworzenie przetoki twardówki	10%	5
104. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	75%	2
105. Zabieg naprawczy wielu struktur oka po urazie	50%	3
106. Zaćma – operacja jednostronna	25%	4
107. Zaćma – usunięcie obustronne	50%	3
108. Zeszycie rogówki	10%	5
109. Zwniętrzobkowe wycięcie soczewki	25%	4
110. Złożona operacja mięśni okoruchowych	50%	3
111. Zniszczenie zmiany siatkówki	10%	5
Nos, jama ustna, gardło, ucho		
112. Ablacja struktur ucha wewnętrznego	25%	4
113. Amputacja nosa	50%	3
114. Amputacja ucha zewnętrznego	25%	4
115. Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	100%	1
116. Całkowite endoskopowe wycięcie jednej struny głosowej	25%	4
117. Całkowite usunięcie języka	75%	2
118. Całkowite usunięcie krtani	75%	2
119. Całkowite usunięcie ślinianki	25%	4
120. Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	10%	5
121. Częściowe lub całkowite wycięcie migdałka gardłowego	10%	5
122. Częściowe lub całkowite wycięcie migdałka podniebiennego	10%	5
123. Częściowe wycięcie języka	25%	4
124. Częściowe wycięcie ślinianki	10%	5
125. Częściowe wycięcie tchawicy	75%	2
126. Częściowe wycięcie ucha zewnętrznego	10%	5
127. Drenaż ucha środkowego	10%	5
128. Drenaż ucha wewnętrznego	25%	4
129. Endoskopowa operacja innej zatoki	10%	5
130. Endoskopowa operacja zatoki szczękowej	10%	5
131. Korekcja deformacji podniebienia	50%	3
132. Korekcja deformacji podniebienia twardego	25%	4
133. Obliteracja zatoki czołowej	10%	5
134. Operacja naprawcza rekonstrukcyjna gardła	50%	3
135. Operacja przetoki tchawicy	25%	4
136. Operacja przetoki ucha wewnętrznego	25%	4
137. Operacja ślimaka	75%	2
138. Operacja zatoki sitowej	10%	5
139. Operacje małżowiny nosa	10%	5
140. Operacje nagłe krtani po urazie	25%	4
141. Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	10%	5
142. Operacje naprawcze przewodu ślinowego	10%	5
143. Operacje plastyczne nosa	50%	3
144. Operacje przegrody nosa, septoplastyka	10%	5
145. Operacje zatoki czołowej	10%	5
146. Operacje zatoki klinowej	10%	5
147. Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	25%	4
148. Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa z podwiązaniem tętnic	25%	4
149. Otwarcie wielu zatok nosa	10%	5
150. Otwarcie wyrostka sutkowatego	25%	4
151. Otwarcie zatoki szczękowej	10%	5
152. Otwarte nastawienie złamania kości nosa	10%	5
153. Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	10%	5
154. Podwiązanie przewodu ślinowego	10%	5
155. Poszerzenie przewodu ślinowego	10%	5
156. Pourazowa plastyka ucha zewnętrznego	10%	5

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
157. Protezowanie tchawicy	10%	5
158. Przemieszczenie przewodu ślinianki	25%	4
159. Przeszczepienie krtani	100%	1
160. Przeszczepienie przewodu ślinowego	25%	4
161. Rekonstrukcja krtani	100%	1
162. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	25%	4
163. Rozszerzanie gardła	10%	5
164. Rozszerzenie krtani	10%	5
165. Szycie rany języka spowodowanej urazem wskutek Nieszczęśliwego wypadku	10%	5
166. Tamponada tylna nosa	10%	5
167. Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	25%	4
168. Usuwanie kamienia z przewodu ślinowego	10%	5
169. Wszczepienie implantu ślimakowego	75%	2
170. Wszczepienie protezy głosowej	25%	4
171. Wycięcia zmiany gardła	25%	4
172. Wycięcie całkowite gardła	100%	1
173. Wycięcie chrząstki krtani	25%	4
174. Wycięcie częściowe krtani	25%	4
175. Wycięcie języczka	10%	5
176. Wycięcie nagłośni	25%	4
177. Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	25%	4
178. Wycięcie strun głosowych	25%	4
179. Wycięcie torbieli bocznej szyi	10%	5
180. Wycięcie torbieli środkowej szyi	10%	5
181. Wycięcie zmiany języka	10%	5
182. Wycięcie zmiany krtani metodą endoskopową	25%	4
183. Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	75%	2
184. Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	10%	5
185. Wycięcie zmiany podniebienia twardego	10%	5
186. Wycięcie zmiany ślinianki	10%	5
187. Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	10%	5
188. Wycięcie zmiany ucha środkowego	25%	4
189. Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	25%	4
190. Wycięcie zmiany w zakresie skóry nosa	10%	5
191. Wycięcie zmiany wargi	10%	5
192. Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	10%	5
193. Zabieg rekonstrukcyjny w zakresie ucha środkowego	50%	3
194. Zamknięcie przetoki gardła	25%	4
195. Zamknięcie przetoki ślinowej	25%	4
Przełyk		
196. Całkowite wycięcie przełyku	100%	1
197. Częściowe wycięcie przełyku	50%	3
198. Endoskopowe opanowanie krwawienia z przełyku	10%	5
199. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku	10%	5
200. Endoskopowe wprowadzenie endoprotezy przełyku	25%	4
201. Endoskopowe wycięcie polipa przełyku	10%	5
202. Endoskopowy zabieg zwężenia przełyku	25%	4
203. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	50%	3
204. Operacyjne leczenie żyłaków przełyku	10%	5
205. Otwarte zaopatrzenie rozerwania przełyku	50%	3
206. Rewizja zespolenia przełyku	50%	3
207. Usunięcie otwarte zwężenia przełyku	50%	3
208. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	50%	3
209. Wycięcie uchyłka przełyku	50%	3
210. Wytworzenie przetoki przełykowej	50%	3
211. Wytworzenie sztucznego przełyku	75%	2
212. Zespolenie omijające przełyk	75%	2
Gruczoły dokrewne		
213. Całkowita resekcja tarczycy	75%	2
214. Całkowite usunięcie przytarczyc	75%	2
215. Całkowite wycięcie grasicy	50%	3
216. Częściowe wycięcie grasicy	25%	4

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
217. Częściowe wycięcie nadnerczy	25%	4
218. Częściowe wycięcie przytarczyc	25%	4
219. Częściowe wycięcie tarczycy	50%	3
220. Jednostronne usunięcie nadnercza	50%	3
221. Obustronne usunięcie nadnerczy	75%	2
222. Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	50%	3
223. Operacja szyszynki	100%	1
224. Torakoskopowe wycięcie grasicy	50%	3
225. Transplantacja grasicy	75%	2
226. Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	75%	2
227. Wycięcie przysadki mózgowej	100%	1
228. Wycięcie tarczycy językowej	75%	2
Układ oddechowy		
229. Bronchoskopowa operacja naprawcza oskrzela	10%	5
230. Całkowite usunięcie płuca	100%	1
231. Dekortykacja płuca	75%	2
232. Drenaż opłucnej	10%	5
233. Operacja przetoki oskrzelowej	25%	4
234. Otwarta operacja naprawcza oskrzela	25%	4
235. Otwarta operacja ostrogi tchawicy	50%	3
236. Otwarte wycięcie opłucnej	75%	2
237. Otwarte wycięcie zmiany płuca	75%	2
238. Protezowanie tchawicy metodą otwartą	50%	3
239. Przeszczepienie płuca	100%	1
240. Szycie rany oskrzela	50%	3
241. Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	10%	5
242. Usunięcie płata płucnego	75%	2
243. Wycięcie oskrzela	50%	3
244. Zamknięcie rany płuca spowodowanej urazem wskutek Nieszczęśliwego wypadku	25%	4
Serce, tętnice wieńcowe		
245. Drenaż osierdzia	50%	3
246. Korekcja całkowita tetralogii Fallota	100%	1
247. Korekcja przełożenia wielkich naczyń	100%	1
248. Nieanatomiczne pomostowanie aorty	100%	1
249. Operacja naprawcza tętniaka serca	100%	1
250. Operacje naprawcze serca po urazie, bez krążenia pozaustrojowego	50%	3
251. Operacje naprawcze serca po urazie, w krążeniu pozaustrojowym	100%	1
252. Operacje naprawcze serca wykonywane w krążeniu pozaustrojowym na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem	100%	1
253. Operacje otwarte układu bódźoprzewodzącego serca	100%	1
254. Operacje strun ścięgniętych serca	100%	1
255. Operacje wad wielkich naczyń serca w krążeniu pozaustrojowym	100%	1
256. Otwarta koronaroplastyka	100%	1
257. Otwarta operacja mięśni brodawkowatych serca	100%	1
258. Otwarta operacja komory serca	100%	1
259. Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	75%	2
260. Otwarta plastyka aorty, operacja naprawcza aorty	100%	1
261. Plastyka otwarta niesprecyzowanej zastawki serca	100%	1
262. Plastyka otwarta przedsionka serca	100%	1
263. Plastyka otwarta wielu zastawek serca jednoczasowa	100%	1
264. Plastyka otwarta zastawki aortalnej serca	100%	1
265. Plastyka otwarta zastawki mitralnej serca	100%	1
266. Plastyka otwarta zastawki tętnicy płucnej serca	100%	1
267. Plastyka otwarta zastawki trójdzielnej serca	100%	1
268. Pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych	100%	1
269. Przeszczepienie serca	100%	1
270. Przeznaczeniowe zabiegi dotyczące układu bódźoprzewodzącego i bódźcotwórczego (ablace)	50%	3
271. Przeszkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	75%	2
272. PTCA (angioplastyka przeszskórna naczyń wieńcowych) jednego lub kilku	75%	2

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
273. Rewizja otwarta plastyki niesprecyzowanej zastawki serca	100%	1
274. Rewizja otwarta plastyki zastawki aortalnej serca	100%	1
275. Rewizja otwarta plastyki zastawki mitralnej serca	100%	1
276. Rewizja otwarta plastyki zastawki pnia płucnego	100%	1
277. Rewizja otwarta plastyki zastawki trójdzielnej serca	100%	1
278. Rewizja protezy aortalnej	100%	1
279. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja aorty	100%	1
280. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	75%	2
281. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja zastawki mitralnej serca	75%	2
282. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja zastawki aortalnej serca	75%	2
283. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja zastawki pnia płucnego	75%	2
284. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja zastawki serca	75%	2
285. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja zastawki trójdzielnej serca	75%	2
286. Terapeutyczne wewnątrznaczyniowe zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej	75%	2
287. Wszczepienie protezy aorty brzusznej	100%	1
288. Wszczepienie protezy aorty piersiowej	100%	1
289. Wszczepienie stymulatora (kardiowertera, defibrylatora) serca	50%	3
290. Wszczepienie systemu wspomagania serca	75%	2
291. Wszczepienie sztucznego serca	100%	1
292. Wycięcie osierdzia	100%	1
293. Wycięcie tętniaka serca	100%	1
294. Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	100%	1
295. Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	100%	1
296. Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	75%	2
297. Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	75%	2
298. Zamknięcie ubytków przegrody serca – operacja otwarta	100%	1
299. Zespoleńie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%	1
Tętnice obwodowe		
300. Embolektomia przeznaczeniowa tętnicy płucnej	75%	2
301. Embolektomia tętnic kończyn	50%	3
302. Endarterektomia tętnic kończyny górnej	50%	3
303. Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	50%	3
304. Operacja otwarta tętniaka aorty piersiowej lub brzusznej	100%	1
305. Otwarta embolektomia tętnicy płucnej	100%	1
306. Otwarta operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100%	1
307. Otwarta operacja naprawcza tętnicy biodrowej	100%	1
308. Otwarta operacja naprawcza tętnicy podobojczykowej	25%	4
309. Otwarta operacja naprawcza tętnicy szyjnej	100%	1
310. Otwarta operacja naprawcza tętnicy udowej	100%	1
311. Przeznaczeniowa operacja tętnicy płucnej	75%	2
312. Przeznaczeniowa operacja tętniaka aorty piersiowej lub brzusznej	100%	1
313. Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	75%	2
314. Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	75%	2
315. Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	75%	2
316. Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	75%	2
317. Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	75%	2
318. Rekonstrukcja innej tętnicy	25%	4
319. Rekonstrukcja tętnic kończyn dolnych	50%	3
320. Rekonstrukcja tętnic kończyn górnych	50%	3
321. Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	25%	4
322. Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	25%	4
323. Zespoleńie podobojczykowo-płucne	100%	1

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
Żyły		
324. Operacja otwarta żyłaków kończyny dolnej	10%	5
325. Operacja otwarta żyłaków obu kończyn dolnych	25%	4
326. Wewnątrznaczyniowa operacja żyłaków kończyn dolnych	10%	5
327. Zespoleń żył jamy brzusznej	50%	3
328. Zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	50%	3
Żołądek, dwunastnica		
329. Całkowite wycięcie żołądka	100%	1
330. Częściowe wycięcie dwunastnicy	75%	2
331. Częściowe wycięcie żołądka	75%	2
332. Endoskopowa plastyka brodawki Vatera	25%	4
333. Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego i brodawki dwunastniczej (Vatera)	25%	4
334. Endoskopowe rozszerzenie brodawki dwunastnicy (Vatera) i dróg żółciowych	25%	4
335. Endoskopowe tamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	25%	4
336. Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu trzustkowego	25%	4
337. Endoskopowe wycięcie polipa żołądka	25%	4
338. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dwunastnicy	25%	4
339. Gastrostomia endoskopowa	25%	4
340. Gastrostomia otwarta	50%	3
341. Operacja perforowanego wrzodu dwunastnicy	50%	3
342. Operacja perforowanego wrzodu żołądka	50%	3
343. Operacje plastyczne – bariatryczne żołądka	50%	3
344. Otwarta plastyka brodawki Vatera	50%	3
345. Otwarte wycięcie zmiany żołądka	50%	3
346. Plastyka odźwiernika	50%	3
347. Szycie rozerwania dwunastnicy	50%	3
348. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	50%	3
349. Wagotomia	50%	3
350. Zespoleń omijające dwunastnicy	50%	3
351. Zespoleń omijające żołądka	50%	3
352. Zespoleń żołądkowo dwunastnicze	50%	3
353. Zespoleń żołądkowo-jelitowe	50%	3
Jelito cienkie		
354. Całkowite usunięcie jelita cienkiego	100%	1
355. Częściowa resekcja jelita cienkiego – 50% lub więcej	75%	2
356. Częściowe wycięcie jelita cienkiego poniżej 50%	50%	3
357. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne jelita cienkiego	25%	4
358. Jejunostomia otwarta	50%	3
359. Laparoskopowe usunięcie zmiany jelita cienkiego	25%	4
360. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	50%	3
361. Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	25%	4
362. Operacja przetoki okołoodbytniczej	10%	5
363. Operacja ropnia okołoodbytniczego	10%	5
364. Operacja szczeliny odbytu	10%	5
365. Operacje hemoroidów	10%	5
366. Otwarte odprowadzenie skrętu jelita	25%	4
367. Otwarte odprowadzenie wgłobienia jelita	25%	4
368. Otwarte wycięcie zmiany jelita cienkiego	50%	3
369. Rewizja zespolenia jelita cienkiego	50%	3
370. Szycie rozerwanego jelita cienkiego	25%	4
371. Szycie uszkodzenia jelita cienkiego	50%	3
372. Śródbrzuszne manipulacje na jelicie cienkim	50%	3
373. Ufiksowanie jelita cienkiego	25%	4
374. Usunięcie zmiany jelita cienkiego metodą otwartą	50%	3
375. Wycięcie uchyłka Meckela	25%	4
376. Wycięcie żyłaków odbytu	10%	5
377. Wytworzenie ileostomii endoskopowe	25%	4
378. Wytworzenie ileostomii otwarte	50%	3
379. Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	25%	4
380. Zespoleń omijające jelita cienkiego	50%	3

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
Jelito grube		
381. Brzuszo-kroczoowa amputacja odbytnicy	100%	1
382. Całkowite wycięcie esicy	75%	2
383. Całkowite wycięcie kątnicy	75%	2
384. Całkowite wycięcie odbytnicy	100%	1
385. Całkowite wycięcie odbytu	50%	3
386. Całkowite wycięcie okrężnicy	100%	1
387. Częściowe wycięcie esicy	50%	3
388. Częściowe wycięcie kątnicy	50%	3
389. Częściowe wycięcie odbytnicy	50%	3
390. Endoskopowe usunięcie zmiany jelita grubego	25%	4
391. Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego – jednego lub wielu	25%	4
392. Hemikolektomia lewostronna	75%	2
393. Hemikolektomia prawostronna	75%	2
394. Operacja dotycząca krezki okrężnicy	50%	3
395. Operacja naprawcza odbytu	25%	4
396. Operacja okrężnicy metodą otwartą	50%	3
397. Operacja otwarta uszkodzenia odbytnicy	50%	3
398. Operacja przetoki jelita grubego	25%	4
399. Operacja terapeutyczna okrężnicy z użyciem endoskopu (nie dotyczy biopsji)	25%	4
400. Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	25%	4
401. Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	50%	3
402. Operacja wypadającego odbytu	25%	4
403. Opierścienienie odbytu	25%	4
404. Otwarte wycięcie zmiany okrężnicy	50%	3
405. Resekcja odbytnicy pull-through	100%	1
406. Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	50%	3
407. Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	50%	3
408. Usunięcie zmiany odbytnicy metodą endoskopową	25%	4
409. Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	50%	3
410. Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	25%	4
411. Wycięcie poprzeczny	75%	2
412. Wyłonienie poprzeczny	50%	3
413. Wytworzenie przetoki okrężnicy(wyłonienie)	50%	3
414. Zaopatrzenie endoskopowe uszkodzenia odbytnicy	25%	4
415. Zespoleń omijające jelita grubego	50%	3
Inne narządy jamy brzusznej, trzustka, wątroba, drogi żółciowe		
416. Całkowite wycięcie trzustki	100%	1
417. Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	25%	4
418. Drenaż otrzewnej	25%	4
419. Drenaż wewnętrzny torbieli trzustki	50%	3
420. Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	25%	4
421. Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	10%	5
422. Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg żółciowych	25%	4
423. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	25%	4
424. Endoskopowy zabieg terapeutyczny przewodu trzustkowego	25%	4
425. Marsupializacja torbieli trzustki	50%	3
426. Nacięcie pęcherzyka żółciowego, cholecystostomia	25%	4
427. Nacięcie wątroby	25%	4
428. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	25%	4
429. Operacja naprawcza otrzewnej	25%	4
430. Operacja naprawcza pęknięcia przepony	100%	1
431. Operacja naprawcza przewodu żółciowego	25%	4
432. Operacja przepukliny przeponowej	50%	3
433. Operacja Whipple'a	100%	1
434. Otwarcie jamy brzusznej z powodu uszkodzenia śledziony z zachowaniem narządu	25%	4
435. Otwarte zaopatrzenie uszkodzenia trzustki	50%	3
436. Przeszczepienie śledziony	75%	2
437. Przeszczepienie trzustki	100%	1
438. Przeszczepienie wątroby	100%	1

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
439. Przeszkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	25%	4
440. Ufiksowanie wątroby	25%	4
441. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	25%	4
442. Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	25%	4
443. Wycięcie głowy trzustki	100%	1
444. Wycięcie pęcherzyka żółciowego, cholecystektomia	25%	4
445. Wycięcie płata wątroby	75%	2
446. Wycięcie przewodu pęcherzykowego	25%	4
447. Wycięcie śledziony	50%	3
448. Wycięcie wyrostka robaczkowego	25%	4
449. Wycięcie zmiany dróg żółciowych	25%	4
450. Wycięcie zmiany otrzewnej	25%	4
451. Wycięcie zmiany śledziony	25%	4
452. Wycięcie zmiany trzustki	50%	3
453. Wycięcie zmiany wątroby	25%	4
454. Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	25%	4
455. Zabiegi terapeutyczne dróg żółciowych z dostępu przez dren Kehra	25%	4
456. Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	25%	4
457. Zespolenie przewodu trzustkowego	50%	3
458. Zespolenie trzustki	50%	3
Piersi		
459. Częściowe wycięcie piersi (BCT)	50%	3
460. Inna naprawcza operacja piersi (w tym Przeszczepienie płata mięśniowego)	50%	3
461. Jednostronna rekonstrukcja piersi	50%	3
462. Mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją piersi	100%	1
463. Miejscowe wycięcie zmiany piersi	25%	4
464. Obustronna prosta mastektomia	100%	1
465. Obustronna rekonstrukcja piersi	75%	2
466. Operacje brodawki sutkowej	25%	4
467. Poszerzone proste odjęcie piersi	75%	2
468. Prosta mastektomia, proste odjęcie piersi	50%	3
469. Przeszczepienie skóry na pierś	25%	4
470. Przeszczepienie uszypułowanej skóry na pierś	25%	4
471. Radykalne odjęcie piersi (radykalna mastektomia)	100%	1
472. Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	25%	4
473. Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórnomięśniowym	50%	3
474. Resekcja kwadrantu piersi	50%	3
475. Subtotalna mastektomia	75%	2
476. Wprowadzenie ekspandera pod skórę	10%	5
477. Wycięcie węzła wartowniczego	25%	4
478. Wycięcie brodawki sutkowej	25%	4
479. Wycięcie węzłów chłonnych pachowych	25%	4
Żeńskie narządy płciowe		
480. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	50%	3
481. Całkowite wycięcie macicy	75%	2
482. Częściowe wycięcie jajnika	25%	4
483. Częściowe wycięcie jajowodu	25%	4
484. Częściowe wycięcie macicy	50%	3
485. Endoskopowe usunięcie zrostów macicy	10%	5
486. Endoskopowe, histeroskopowe wycięcie zmiany macicy	10%	5
487. Histeroskopowe usunięcie mięśniaków macicy	10%	5
488. Implantacja protezy jajowodu	10%	5
489. Jednostronne usunięcie jajnika lub jajowodu	25%	4
490. Nacięcie kanału pochwy	10%	5
491. Obustronne wycięcie jajników lub jajowodów	50%	3
492. Operacja gruczołu Bartholina	10%	5
493. Operacja łechtaczki	10%	5
494. Operacja naprawcza pochwy	25%	4
495. Operacja naprawcza przegrody macicy	25%	4

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
496. Operacja naprawcza sklepienia pochwy	25%	4
497. Operacja plastyczna pochwy	25%	4
498. Operacja przetoki pęcherzowo-maciczej	25%	4
499. Operacja przetoki pochwowej	25%	4
500. Operacje otwarte jajowodu	25%	4
501. Operacje wypadania macicy	25%	4
502. Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	25%	4
503. Otwarte usunięcie mięśniaków macicy	25%	4
504. Otwarte wycięcie zmiany trzonu macicy	25%	4
505. Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	25%	4
506. Uwolnienie zrostów sromu	10%	5
507. Wycięcie macicy z przydatkami	75%	2
508. Wycięcie pochwy	50%	3
509. Wycięcie sromu	50%	3
510. Wycięcie szyjki macicy	25%	4
511. Wycięcie zmiany krocza u kobiet	10%	5
512. Wycięcie zmiany pochwy	10%	5
513. Wycięcie zmiany sromu	10%	5
514. Wycięcie zmiany szyjki macicy	10%	5
515. Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	10%	5
516. Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	10%	5
517. Zniszczenie zmiany jajnika	25%	4
Męskie narządy płciowe		
518. Całkowita amputacja prącia	75%	2
519. Częściowa amputacja prącia	50%	3
520. Obustronne wycięcie jąder	25%	4
521. Operacja najądrza	10%	5
522. Operacja naprawcza napletka	10%	5
523. Operacja naprawcza powrózka nasiennego	75%	2
524. Operacja naprawcza prącia po urazie	25%	4
525. Operacja pęcherzyków nasiennych	10%	5
526. Operacja rekonstrukcyjna spodziectwa	50%	3
527. Operacja wodniaka jądra	25%	4
528. Operacja żyłaków powrózka nasiennego	25%	4
529. Prostatektomia radykalna, otwarta	75%	2
530. Protezowanie jądra	10%	5
531. Protezowanie prącia	50%	3
532. Przewodkowe wycięcie gruczołu krokowego	50%	3
533. Reimplantacja prącia	50%	3
534. Sprowadzenie jąder	10%	5
535. Szycie rany jądra spowodowanej urazem wskutek Nieszczęśliwego wypadku	10%	5
536. Szycie rany moszny spowodowanej urazem wskutek Nieszczęśliwego wypadku	10%	5
537. Szycie rany prącia	10%	5
538. Wycięcie jądra	10%	5
539. Wycięcie jedyne go jądra	25%	4
540. Wycięcie lub przecięcie nasieniowodu	10%	5
541. Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	10%	5
542. Wycięcie najądrza	10%	5
543. Wycięcie wodniaka osłonki pochwowej jądra	25%	4
544. Wycięcie zmiany jądra	10%	5
545. Wycięcie zmiany moszny	10%	5
546. Wycięcie żyłaków powrózka nasiennego lub wodniaka powrózka nasiennego	10%	5
547. Wytworzenie prącia	100%	1
Układ moczowy		
548. Ablacja termiczna zmiany nerki	10%	5
549. Całkowite wycięcie nerki (nefrektomia)	75%	2
550. Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	100%	1
551. Częściowe wycięcie nerki	50%	3
552. Częściowe wycięcie pęcherza	50%	3
553. Endoskopowa ewakuacja kamienia z moczowodu	25%	4
554. Endoskopowa ewakuacja kamienia z nerki	25%	4
555. Endoskopowa ewakuacja kamienia z pęcherza moczowego	25%	4

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
556. Endoskopowa ewakuacja kamienia z układu moczowego (inna niż wymienione)	25%	4
557. Korekcja zwężenia cewki moczowej	10%	5
558. Korekcja zwężenia moczowodu	10%	5
559. Nacięcie miedniczki nerkowej (pielotomia) w celu usunięcia kamienia	25%	4
560. Nacięcie ropnia okołonerkowego	10%	5
561. Nefropeksja	25%	4
562. Odprowadzenie moczu przez przetokę	25%	4
563. Operacja moczownika	10%	5
564. Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	25%	4
565. Operacja naprawcza cewki moczowej	50%	3
566. Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	25%	4
567. Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	25%	4
568. Operacja nerki przez nefrostomię	25%	4
569. Operacja przetoki cewki moczowej	25%	4
570. Operacja przetoki moczowodowej	25%	4
571. Operacja przetoki nerkowej	25%	4
572. Operacja przetoki pęcherza moczowego	25%	4
573. Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	25%	4
574. Otwarta operacja naprawcza moczowodu	50%	3
575. Otwarta operacja naprawcza nerki	50%	3
576. Otwarta operacja torbieli nerki	25%	4
577. Otwarte odtworzenie ciągłości cewki moczowej	50%	3
578. Pielostomia	10%	5
579. Plastyka pęcherza i cewki moczowej	50%	3
580. Przeszczepienie nerki	100%	1
581. Reimplantacja moczowodu	50%	3
582. Rekonstrukcja otwarta tętnicy nerkowej	100%	1
583. Rekonstrukcja pęcherza moczowego (z jelita)	100%	1
584. Szycie rany cewki moczowej	25%	4
585. Szycie rany pęcherza	25%	4
586. Śródnaczyniowe zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	75%	2
587. Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	25%	4
588. Usunięcie skrzepów z układu moczowego	10%	5
589. Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	50%	3
590. Usunięcie zwężenia moczowodu	10%	5
591. Uwolnienie moczowodu ze zrostów	25%	4
592. Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	25%	4
593. Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	25%	4
594. Wycięcie uchyłka cewki moczowej	25%	4
595. Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	25%	4
596. Wytworzenie przetoki nerkowej	10%	5
597. Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	25%	4
598. Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	25%	4
599. Zaopatrzenie uszkodzenia nerki metodą otwartą	50%	3
600. Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki bez resekcji	10%	5
Kości, stawy		
601. Amputacja kciuka	10%	5
602. Amputacja kończyny dolnej na poziomie uda	25%	4
603. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	25%	4
604. Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	75%	2
605. Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	25%	4
606. Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	25%	4
607. Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	75%	2
608. Amputacja palców częściowa lub całkowita	10%	5
609. Amputacja palucha	10%	5
610. Amputacja ręki	25%	4
611. Amputacja stopy	25%	4
612. Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	25%	4
613. Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	10%	5

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
614. Całkowita endoproteza nadgarstka	50%	3
615. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	50%	3
616. Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	50%	3
617. Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	50%	3
618. Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	75%	2
619. Całkowita endoprotezoplastyka stawu palców ręki	10%	5
620. Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	50%	3
621. Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy lub stawu palca stopy	10%	5
622. Całkowita rekonstrukcja kciuka	25%	4
623. Całkowite wycięcie kości ektopowej	25%	4
624. Całkowite wycięcie żuchwy	75%	2
625. Częściowe wycięcie żuchwy	50%	3
626. Drenaż kości	10%	5
627. Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	10%	5
628. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń	75%	2
629. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	75%	2
630. Operacja haluksa	25%	4
631. Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	75%	2
632. Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	10%	5
633. Operacja stabilizująca staw barkowy	25%	4
634. Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	25%	4
635. Operacje dotyczące krążka międzykręgowego wykonane metodą małoinwazyjną	25%	4
636. Operacje w zakresie kikuta po amputacji	25%	4
637. Operacyjne usztywnienie kręgosłupa (spondylodeza)	75%	2
638. Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	25%	4
639. Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	25%	4
640. Otwarte nastawienie złamania kości ręki z wewnętrzną stabilizacją	10%	5
641. Otwarte nastawienie kości twarzoczaszki	25%	4
642. Otwarte nastawienie złamania kości nadgarstka z wewnętrzną stabilizacją	10%	5
643. Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	25%	4
644. Otwarte nastawienie złamania kości oczodołu	25%	4
645. Otwarte nastawienie złamania kości podudzia z wewnętrzną stabilizacją	10%	5
646. Otwarte nastawienie złamania kości przedramienia z wewnętrzną stabilizacją	10%	5
647. Otwarte nastawienie złamania kości ramiennej z wewnętrzną stabilizacją	25%	4
648. Otwarte nastawienie złamania kości stępu z wewnętrzną stabilizacją	25%	4
649. Otwarte nastawienie złamania kości stopy z wewnętrzną stabilizacją	10%	5
650. Otwarte nastawienie złamania kości udowej z wewnętrzną stabilizacją	25%	4
651. Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	25%	4
652. Otwarte nastawienie złamania szczęki	25%	4
653. Otwarte nastawienie złamania żuchwy	25%	4
654. Otwarte nastawienie zwichnięcia stawów	25%	4
655. Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	25%	4
656. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	75%	2
657. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	100%	1
658. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa	75%	2
659. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	75%	2
660. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	75%	2
661. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	100%	1
662. Pierwotne zespolenie kręgów szyjnych	75%	2
663. Pierwotnie międzypaliczkowe usztywnienie stawu	10%	5
664. Policzacja palca	25%	4
665. Protezowanie głowy kości ramiennej	50%	3

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
666. Protezowanie głowy kości udowej	75%	2
667. Przeszczepienie kostne kości twarzy	25%	4
668. Rekonstrukcja kości twarzoczaszki	25%	4
669. Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	25%	4
670. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	25%	4
671. Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	50%	3
672. Replantacja podudzia	50%	3
673. Replantacja górnej części ramienia	75%	2
674. Replantacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	50%	3
675. Replantacja na wysokości stawu skokowego	50%	3
676. Replantacja palucha	10%	5
677. Replantacja ręki	50%	3
678. Replantacja stopy	50%	3
679. Replantacja uda	75%	2
680. Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	50%	3
681. Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	50%	3
682. Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	75%	2
683. Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	50%	3
684. Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny dolnej	10%	5
685. Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny górnej	10%	5
686. Usunięcie kości twarzy z rekonstrukcją	50%	3
687. Usunięcie zmiany kości	25%	4
688. Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	25%	4
689. Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	25%	4
690. Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	25%	4
691. Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	25%	4
692. Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	25%	4
693. Wszczepienie protezy kończyny	100%	1
694. Wyciąg szkieletowy kości	10%	5
695. Wycięcie łąkotki kolana	10%	5
696. Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	10%	5
697. Wycięcie zmiany kręgosłupa	50%	3
698. Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej z usunięciem żebra lub żeber	25%	4
699. Wycięcie zmiany żuchwy	25%	4
700. Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	25%	4
701. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	25%	4
Cześć miękkie		
702. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	75%	2
703. Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	25%	4
704. Drenaż zmiany węzła chłonnego	10%	5
705. Miejscowe przeszczepienie uszypułowanego płata skóry z tkanką podskórną	10%	5
706. Odległe przeszczepienie płata skórno-mięśniowego	25%	4
707. Odtworzenie ściany klatki piersiowej	75%	2
708. Operacja dotycząca sieci	50%	3
709. Operacja innej przepukliny ściany brzucha	10%	5
710. Operacja kaletki	10%	5
711. Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	25%	4
712. Operacja naprawcza przepukliny kulszowo-odbytniczej	25%	4
713. Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	25%	4
714. Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	25%	4
715. Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	25%	4
716. Operacja naprawcza przepukliny zasłonej	25%	4
717. Operacja naprawcza ścięgna	10%	5
718. Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	25%	4
719. Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	25%	4
720. Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	10%	5
721. Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	25%	4
722. Operacja przepukliny pępkowej	10%	5

Rodzaj Operacji	Świadczenie	klasa
723. Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	10%	5
724. Operacja przepukliny udowej jednostronna	10%	5
725. Operacja przepukliny udowej obustronna	25%	4
726. Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	10%	5
727. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji)	50%	3
728. Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	25%	4
729. Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skóry	10%	5
730. Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	25%	4
731. Operacje naprawcze nerwu obwodowego	10%	5
732. Operacje naprawcze nerwu współczulnego	10%	5
733. Operacje przewodu limfatycznego	75%	2
734. Operacje zatoki Douglasa	10%	5
735. Przeszczepienie całej twarzy	100%	1
736. Przeszczepienie innej niż własna tkanka do skóry	10%	5
737. Przeszczepienie mięśni	75%	2
738. Przeszczepienie płata skórno-powięziowego	25%	4
739. Przeszczepienie płata skórno-powięziowego	25%	4
740. Przeszczepienie płata skóry owłosionej	10%	5
741. Przeszczepienie skóry w innej okolicy	10%	5
742. Przeszczepienie skóry w obrębie twarzy lub szyi	25%	4
743. Przeszczepienie szpiku kostnego	75%	2
744. Przeszczepienie śluzówki	10%	5
745. Przeszczepienie wolnego płata skóry	10%	5
746. Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń lub nerwów stopy	50%	3
747. Rekonstrukcja mikrochirurgiczna nerwu obwodowego	50%	3
748. Szycie mięśnia, ścięgna lub powięzi ręki spowodowane urazem wskutek Nieszczęśliwego wypadku	10%	5
749. Torakotomia zwiadowcza spowodowana urazem wskutek Nieszczęśliwego wypadku	25%	4
750. Uwolnienie kanału nadgarstka	10%	5
751. Uwolnienie mięśnia	10%	5
752. Uwolnienie powięzi	10%	5
753. Uwolnienie przykurczu mięśnia	10%	5
754. Uwolnienie ścięgna	10%	5
755. Uwolnienie torebki stawowej	10%	5
756. Uwolnienie więzadła	10%	5
757. Wycięcie cysty pilonidalnej lub zatoki pilonidalnej	10%	5
758. Wycięcie mięśnia	10%	5
759. Wycięcie nerwu obwodowego	10%	5
760. Wycięcie pochewki ścięgna	10%	5
761. Wycięcie powięzi brzucha	10%	5
762. Wycięcie ścięgna	10%	5
763. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna (ganglion)	10%	5
764. Wycięcie węzła chłonnego	10%	5
765. Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	25%	4
766. Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	10%	5
767. Wycięcie zmiany powięzi	10%	5
768. Wytrzewienie miednicy małej	100%	1
769. Zmiana długości ścięgna	10%	5

A. Messerli

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Bartkiewicz

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Lista Poważnych zachorowań

1. Śpiączka z trwałym ubytkiem neurologicznym

– rozpoznanie stanu nieprzytomności bez reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, trwającego nieprzerwanie przez co najmniej 96 godzin i wymagającego zastosowania systemów podtrzymujących życie.

W przypadku rozpoznania śpiączki niewymagającej podtrzymywania życia, stan musi utrzymywać się nieprzerwanie przez co najmniej 60 dni.

W obu przypadkach wymagane jest potwierdzenie Trwałego deficytu neurologicznego przez neurologa, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

2. Przewlekła niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu

– rozpoznanie stadium Choroby nerek, w którym występuje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji nerki, wymagające regularnej dializy lub przeszczepu, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

3. Niewydolność wątroby

– rozpoznanie trwałego i nieodwracalnego upośledzenia funkcji wątroby, potwierdzone przez lekarza specjalistę, skutkującego co najmniej jednym z następujących objawów:

- Żółtaczką,
- Wodobrzusze,
- Encefalopatia wątrobową,
- Żylaki przełyku lub żołądka,
- Zaburzenia krzepnięcia utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni i wymagające leczenia

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych nadużywaniem alkoholu.

4. Nieodwracalna niewydolność oddechowa spowodowana chorobą płuc

– rozpoznanie trwałego i nieodwracalnego upośledzenia układu oddechowego spowodowanego przewlekłą chorobą płuc, skutkującego co najmniej dwoma z poniższych objawów:

- Natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV_1) $\leq 1,0$ litra w dwóch kolejnych badaniach,
- Konieczność stałej terapii tlenowej z powodu hipoksemii,
- Ciśnienie parcjalne tlenu (PaO_2) ≤ 55 mmHg w spoczynku

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez pulmonologa.

5. Sepsa

– rozpoznanie uogólnionej odpowiedzi zapalnej organizmu wywołanego infekcją, potwierdzone obecnością mikroorganizmów w materiale biologicznym, która wymagała hospitalizacji i spowodowała co najmniej jeden z poniższych objawów:

- Zaburzenia świadomości,
- Niedociśnienie wymagające leczenia,
- Niewydolność oddechowa lub konieczność terapii tlenowej,
- Niewydolność nerek lub wątroby,
- Zaburzenia krzepnięcia

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

6. Choroba w końcowym stadium

– rozpoznanie zaawansowanej lub szybko postępującej nieuleczalnej Choroby, która według opinii prowadzącego lekarza specjalisty doprowadzi do zgonu w okresie najbliższych 36 miesięcy.

Za Chorobę w końcowym stadium nie uznajemy Chorób wskazanych w niniejszym załączniku.

7. Choroba płuc wymagająca usunięcia płuca

– rozpoznanie poważnego, nieodwracalnego uszkodzenia płuca spowodowanego nowotworem, infekcją lub inną przewlekłą chorobą, wymagające całkowitego usunięcia płuca (pneumonektomii).

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa lub torakochirurga i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi spełniać co najmniej jeden z poniższych warunków:

- Obecność złośliwego guza w płucu lub oskrzeli,
- Rozległe zniszczenie tkanki płucnej w wyniku przewlekłej infekcji,
- Ciężka rozedma lub rozstrzenie oskrzeli ograniczone do jednego płuca powodujące niewydolność oddechową

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Definicja nie obejmuje innych Chorób wskazanych w niniejszym załączniku.

8. Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby

– rozpoznanie piorunującego zapalenia wątroby prowadzącego do ostrej niewydolności wątroby, charakteryzującego się szybkim przebiegiem i gwałtownym pogorszeniem funkcji wątroby, prowadzącym do encefalopatii wątrobowej, przy spełnieniu co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- Laboratoryjnie potwierdzone podwyższenie enzymów wątrobowych (ALT lub AST) ponad 5-krotnie powyżej górnej granicy normy,
- Objawy kliniczne takie jak żółtaczką, ciemny moczu, odbarwiony stolec lub znaczne osłabienie,
- Konieczność hospitalizacji przez co najmniej 3 dni, potwierdzona w karcie leczenia szpitalnego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zapalenia wątroby spowodowanych nadużywaniem alkoholu, leków lub substancji psychoaktywnych.

9. Zespół nerczycowy

– rozpoznanie zespołu klinicznego wynikającego z uszkodzenia kłębuszków nerkowych, prowadzący do masywnej utraty białka z moczem, obrzęków i zaburzeń metabolizmu lipidów.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę nefrologii lub chorób wewnętrznych i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej dwa z poniższych kryteriów:

- Białkomocz $\geq 3,5$ g/dobę w 24-godzinny zbiórce moczu lub stosunek białka do kreatyniny $\geq 3,5$ w porannej próbce moczu,
- Obecność hipoalbuminemii (stężenie albuminy $< 2,5$ g/dL),
- Konieczność leczenia farmakologicznego przez co najmniej 6 tygodni

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

10. Choroba Leśniowskiego-Crohna wymagająca leczenia operacyjnego

– rozpoznanie Choroby Leśniowskiego-Crohna wymagającej resekcji odcinka jelita lub całkowitej kolektomii z powodu zwężenia powodującego niedrożność jelit lub powstania przetoki między pętlami jelita. Potwierdzenie rozpoznania musi nastąpić na podstawie badania histopatologicznego. Choroba musi prowadzić do spełnienia warunków zakwalifikowania Ubezpieczonego do zabiegu chirurgicznego. Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez gastroenterologa.

11. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające leczenia operacyjnego

– rozpoznanie przewlekłej, nieswoistej Choroby zapalnej błony śluzowej jelita grubego powodującej objawy kliniczne i uszkodzenie ściany jelita. Uszkodzenie to musi prowadzić do spełnienia warunków zakwalifikowania Ubezpieczonego do zabiegu chirurgicznego, który polega na częściowej lub całkowitej resekcji jelita grubego. Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez gastroenterologa.

12. Zespół hemolityczno-mocznicowy powodujący trwałe powikłania nerkowe lub neurologiczne

– rozpoznanie choroby charakteryzującej się niedokrwistością hemolityczną, małopłytkowością i ostrym uszkodzeniem nerek, potwierdzona przez specjalistę nefrologii lub pediatrii.

Rozpoznanie musi być poparte wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych. Wymagane jest spełnienie poniższych warunków:

- Stan wymagał hospitalizacji i leczenia specjalistycznego,
- Choroba spowodowała trwałe powikłania nerkowe lub neurologiczne.

13. Stwardnienie rozsiane

– jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego, potwierdzone przez neurologa zgodnie z Kryteriami Diagnostycznymi McDonald.

Wymagane jest występowanie deficytów motorycznych, stwierdzone w badaniu klinicznym, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy.

Stwierdzenie pierwszego izolowanego zespołu objawów (clinically isolated syndrome) lub prawdopodobnego stwardnienia rozsianego nie jest objęte ubezpieczeniem.

14. Choroba Creutzfeldta-Jakoba

– rozpoznanie Choroby Creutzfeldta-Jakoba przez neurologa zgodnie z aktualnymi kryteriami diagnostycznymi i potwierdzona badaniami obrazowymi lub badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Choroba musi prowadzić do:

- Postępującej demencji lub zaburzeń poznawczych,
- Co najmniej jednego z następujących objawów: mioklonii, zaburzeń widzenia, zaburzeń równowagi, porażenia nerwów czaszkowych lub kończynowych.

15. Choroba Alzheimera lub Demencja

– rozpoznanie Choroby Alzheimera lub innej formy demencji prowadzącej do pogorszenia funkcji poznawczych, szczególnie w zakresie:

- Pamięci,
- Rozumowania,
- Orientacji, komunikacji lub podejmowania decyzji.

Stan ten musi skutkować ograniczeniem zdolności do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym w co najmniej trzech Obszarach aktywności w życiu codziennym.*

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologii, psychiatrii lub geriatrii oraz potwierdzone wynikami badań klinicznych.

Łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) nie są uznawane za chorobę Alzheimera w ramach niniejszych warunków ubezpieczenia.

16. Choroba neuronu ruchowego

– jednoznaczne rozpoznanie jednej z poniższych Chorób, potwierdzone przez neurologa:

- Stwardnienie zanikowe boczne (ALS),
- Pierwotne stwardnienie boczne (PLS),
- Postępująca porażenie opuszkowe (PBP),
- Postępujący zanik mięśni (PMA),
- Rdzeniowy zanik mięśni (SMA).

17. Dystrofia mięśniowa

– rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym oraz niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch Obszarów aktywności w życiu codziennym.*

18. Choroba Parkinsona

– rozpoznanie przewlekłego, postępującego schorzenia neurodegeneracyjnego ośrodkowego układu nerwowego prowadzącego do zaburzeń ruchowych.

Rozpoznanie musi być postawione przez neurologa lub geriatrę i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Wyklucza się:

- Chorobę Parkinsona spowodowaną nadużywaniem alkoholu, narkotyków lub niewłaściwym stosowaniem leków,
- Zespoły parkinsonowskie.

19. Postępujące porażenie nadjądrowe

– rozpoznanie postępującego porażenia nadjądrowego potwierdzone przez neurologa w oparciu o stałe zaburzenia ruchowe, zaburzenia ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy.

20. Guzkowe zapalenie tętnic

– rozpoznanie guzkowego zapalenia tętnic postawione przez reumatologa zgodnie z kryteriami American College of Rheumatology (ACR) lub European League Against Rheumatism (EULAR).

Potwierdzenie rozpoznania musi obejmować badania laboratoryjne, obrazowe lub histopatologiczne.

Postacie Choroby obejmujące wyłącznie zmiany skórne są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

21. Choroba Huntingtona

– rozpoznanie dziedzicznego, postępującego schorzenia neurodegeneracyjnego ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącego do zaburzeń ruchowych, poznawczych i psychiatrycznych.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

22. Miastenia

– rozpoznanie przewlekłej Choroby autoimmunologicznej zaburzającej przewodnictwo nerwowo-mięśniowe, prowadzącej do osłabienia mięśni szkieletowych i zmęczenia.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR) lub przeciwciał anty-MuSK,
- Obecność objawów klinicznych takich jak opadanie powiek, podwójne widzenie, osłabienie mięśni kończyn, trudności w mówieniu lub połykaniu,
- Konieczność leczenia immunosupresyjnego, plazmaferezy lub terapii immunoglobulinami dożylnymi,
 - Zakwalifikowanie do usunięcia grasicy (tymektomii).

23. Zespół Guillaina-Barrégo

– rozpoznanie ostrej autoimmunologicznej polineuropatii prowadzącej do osłabienia mięśni lub paraliżu, a w ciężkich przypadkach do niewydolności oddechowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Obecność objawów klinicznych takich jak symetryczne osłabienie kończyn, arefleksja, zaburzenia czucia lub porażenie nerwów czaszkowych,
- Potwierdzenie rozpoznania w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego lub badaniach przewodnictwa nerwowego (EMG/ENG),
- Konieczność leczenia immunoglobulinami dożylnymi lub plazmaferezy,
- Konieczność hospitalizacji, w tym leczenia na oddziale intensywnej terapii.

24. Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)

– rozpoznanie przewlekłej Choroby zapalnej charakteryzującej się typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na światło, zajęciem stawów oraz zaburzeniami immunologicznymi. Rozpoznanie SLE musi być potwierdzone przez reumatologa i skutkować jednym z poniższych objawów:

- Trwały deficyt neurologiczny z utrzymującymi się objawami klinicznymi przez co najmniej 3 miesiące lub
- Trwałe upośledzenie funkcji nerek potwierdzone wynikami badań: współczynnik filtracji kłębuszkowej (GFR) poniżej 30 ml/min.

Toczeń krążkowy oraz SLE wywołane lekami są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

25. Ciężkie reumatoidalne zapalenie stawów

– rozpoznanie przez reumatologa przewlekłego, ciężkiego RZS skutkującego utratą zdolności do wykonywania trzech Obszarów aktywności w życiu codziennym.*

26. Twardzina układowa

– rozpoznanie przewlekłej, postępującej autoimmunologicznej Choroby tkanki łącznej prowadzącej do włóknienia skóry lub zajęcia narządów wewnętrznych, potwierdzone przez reumatologa i udokumentowane w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jeden z poniższych stanów :

- Rozległe pogrubienie skóry (postać rozlana) obejmujące tułów i kończyny,
- Potwierdzone zajęcie narządów wewnętrznych,
- Konieczność leczenia immunosupresyjnego lub biologicznego przez co najmniej 6 tygodni.

27. Młodzieńcze reumatoidalne zapalenie stawów

– jednoznaczne rozpoznanie młodzieńczego reumatoidalnego zapalenia stawów. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii lub pediatrii i skutkować jednym z:

- Utrata funkcji motorycznych,
- Ból przy biernym poruszaniu stawem.

Powyższe objawy zapalenia stawów muszą wystąpić przed ukończeniem 16. roku życia, utrzymywać się nieprzerwanie przez co najmniej 6 tygodni i spełniać kryteria diagnostyczne młodzieńczego reumatoidalnego zapalenia stawów określone przez American College of Rheumatology (ACR) lub European League Against Rheumatism (EULAR).

28. Padaczka

– rozpoznanie padaczki przez neurologa lub pediatrę, potwierdzone typowymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań EEG lub badań neuroobrazowych. Świadczenie może zostać wypłacone, jeśli spełnione są następujące warunki:

- Ubezpieczony doświadczył co najmniej dwóch niesprowokowanych, uogólnionych napadów padaczkowych z utratą przytomności w okresie co najmniej trzech miesięcy.
- Napady wymagają leczenia farmakologicznego lub innej formy terapii.

Z definicji wyłączone są:

- napady gorączkowe,
- drobne napady padaczkowe.

29. Zawał serca

– rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego spowodowanego niedokrwieniem, potwierdzone przez kardiologa i udokumentowane w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych kryteriów:

- Typowe objawy kliniczne, takie jak ból w klatce piersiowej, duszność, promieniujący ból do kończyn górnych lub żuchwy,
- Zmiany w EKG wskazujące na ostry zawał mięśnia sercowego,
- Podwyższone markery martwicy mięśnia sercowego powyżej górnej granicy normy,

- Dowody obrazowe potwierdzające nowe uszkodzenie mięśnia sercowego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Zawał serca może być również uznany, jeśli został potwierdzony w dokumentacji szpitalnej i wymagał leczenia na OIOM lub kardiologii interwencyjnej.

30. Choroba zastawkowa serca wymagająca przeprowadzenia Operacji

– rozpoznanie znacznego, przewlekłego uszkodzenia jednej lub więcej zastawek serca, prowadzącego do zwężenia lub niedomykalności, potwierdzone przez kardiologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Świadczenie przysługuje, gdy Ubezpieczony spełnia wymagania kwalifikacji do naprawy zastawki serca metodą otwartą lub małoinwazyjną, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany. Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez kardiologa lub kardiochirurga.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jedno z poniższych stanów:

- Znaczna wada zastawkowa w echokardiografii,
- Objawy kliniczne niewydolności serca związane z wadą zastawkową

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

31. Choroba aorty

– rozpoznanie znacznego, przewlekłego lub ostrego uszkodzenia ściany aorty (piersiowej lub brzusznej), prowadzącej do poszerzenia, rozwarstwienia lub pęknięcia, potwierdzone przez kardiologa, chirurga naczyniowego lub kardiochirurga i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jedno z poniższych stanów:

- Tętniak aorty o średnicy $\geq 5,5$ cm (brzuszny) lub $\geq 5,0$ cm (piersiowy),
- Rozwarstwienie aorty (typ A lub B) potwierdzone obrazowaniem przekrojowym z kontrastem,
- Objawowe pęknięcie tętniaka aorty wymagające hospitalizacji,
- Zakwalifikowanie do leczenia chirurgicznego lub wewnątrznaczyniowego, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

32. Kardiomiopatia

– rozpoznanie stanu upośledzenia funkcji komór serca spowodowanego pierwotną Chorobą mięśnia sercowego, prowadzącego do trwałego i nieodwracalnego upośledzenia fizycznego w stopniu co najmniej IV klasy według klasyfikacji New York Heart Association lub trwałego obniżenia frakcji wyrzutowej poniżej 40%.

Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez kardiologa.

Kardiomiopatia obejmuje postacie rozstrzeniową, przerostową i restrykcyjną.

Kardiomiopatia wtórna spowodowana nadużywaniem alkoholu nie jest objęta ochroną.

33. Strukturalna Choroba serca kwalifikująca się do rewaskularyzacji

– rozpoznanie znacznego wrodzone lub nabytego uszkodzenia anatomicznego struktur serca, prowadzącego do zaburzeń hemodynamicznych.

Ubezpieczony musi spełniać wymagania kwalifikacji do rewaskularyzacji, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany.

Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez kardiologa lub kardiochirurga.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jedno z poniższych objawów:

- Ciężka wada zastawkowa potwierdzona echokardiografią,
- Obecność tętniaka serca lub aorty wstępującej wymagającego specjalistycznego monitorowania,
- Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej lub międzykomorowej z istotnym przeciekiem lewo-prawym lub guz serca potwierdzony obrazowo

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

34. Udar mózgu

– rozpoznanie nagłego zdarzenia naczyniowo-mózgowego (niedokrwienne lub krwotoczne) powodującego objawy neurologiczne, potwierdzonego przez neurologa i potwierdzonego w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych kryteriów:

- Nagłe wystąpienie objawów neurologicznych,
- Potwierdzenie ogniska udarowego w obrazowaniu mózgu,
- Hospitalizacja trwająca co najmniej 3 dni,
- Konieczność leczenia trombolitycznego, przeciwobrzękowego lub neuroprotektynowego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Przemijające ataki niedokrwienne (TIA), udary pourazowe oraz przypadki bezobjawowe lub niehospitalizowane są wyłączone.

35. Nadciśnienie płucne –

rozpoznanie przewlekłego, postępującego wzrostu ciśnienia w krążeniu płucnym, prowadzącego do przeciążenia i niewydolności prawej komory serca, potwierdzonego przez kardiologa lub pulmonologa i udokumentowanego w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych stanów:

- Średnie ciśnienie w tętnicy płucnej (mPAP) ≥ 25 mmHg w spoczynku, zmierzone podczas cewnikowania prawego serca,
- Echokardiograficzne cechy nadciśnienia płucnego,
- Objawy niewydolności prawego serca,
- Zakwalifikowanie do przeszczepu płuc lub leczenia zaawansowanego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

36. Choroba niedokrwienności serca spowodowana miażdżycą wymagająca rewaskularyzacji

– rozpoznanie przewlekłej Choroby niedokrwiennej serca spowodowanej miażdżycą tętnic wieńcowych, potwierdzonej przez kardiologa i udokumentowanej w dokumentacji medycznej.

Świadczenie przysługuje, gdy Ubezpieczony spełnia wymagania kwalifikacji do rewaskularyzacji, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany.

Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez kardiologa lub kardiochirurga.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych stanów:

- Zwężenie $\geq 70\%$ co najmniej jednej tętnicy wieńcowej w angiografii,
- Zwężenie $\geq 50\%$ lewej tętnicy wieńcowej głównej,
- Pozytywny test obciążeniowy wskazujący na istotne niedokrwienie,
- Konieczność leczenia farmakologicznego z powodu objawowej duszniczy bolesnej (klasa CCS II–IV)

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

37. Poważne zapalenie wsierdza

– rozpoznanie poważnego zapalenia wewnętrznej części wsierdza, wywołanego przez bakterie, grzyby lub inne mikroorganizmy.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologii, chorób zakaźnych lub kardiochirurgii i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności mikroorganizmów w posiewie krwi lub tkance zastawkowej,
 - Obecność wegetacji, ropnia lub perforacji zastawki w echokardiografii,
 - Objawy ogólne oraz objawy sercowe,
 - Konieczność hospitalizacji z dożylną terapią antybiotykową przez co najmniej 14 dni
- pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

38. Choroba Kawasaki wymagająca hospitalizacji

– rozpoznanie zapalnej Choroby małych i średnich naczyń krwionośnych, w tym tętnic wieńcowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę i udokumentowane w dokumentacji medycznej, w tym badaniami obrazowymi.

Świadczenie może zostać wypłacone, jeśli oba warunki zostaną spełnione:

- Choroba doprowadziła do powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak tętniaki tętnic wieńcowych, zapalenie osierdza lub mięśnia sercowego, potwierdzone badaniami obrazowymi,
- Dziecko wymagało hospitalizacji, co zostało potwierdzone w karcie leczenia szpitalnego.

Inne zapalne Choroby naczyń, które nie spełniają powyższych kryteriów, są wyłączone z definicji.

39. Anemia aplastyczna

– rozpoznanie anemii aplastycznej, skutkującej wystąpieniem niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii, potwierdzone przez hematologa, skutkujące wystąpieniem niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii.

Rozpoznanie musi być poparte co najmniej dwoma z trzech poniższych wyników:

- Granulocyty $< 500/\text{mm}^3$,
- Liczba płytek krwi $< 20\,000/\text{mm}^3$,
- Liczba retikulocytów $< 20\,000/\text{mm}^3$.

Ubezpieczony musi wymagać co najmniej jednej z poniższych form leczenia przez okres co najmniej 3 miesięcy:

- Transfuzje krwi,
- Leczenie immunosupresyjne,
- Stosowanie czynników stymulujących szpik,
- Przeszczep szpiku kostnego.

40. Łagodny guz mózgu

– rozpoznanie guza niezłośliwego zlokalizowanego w obrębie mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych lub nerwów czaszkowych, który powoduje objawy neurologiczne lub wymaga leczenia neurochirurgicznego, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Rozpoznanie musi nastąpić po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia i być potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga na podstawie badań obrazowych lub badania histopatologicznego.

Z zakresu powyższej definicji wyłączone są:

- Guzy przysadki mózgowej mniejsze niż 10 mm,
- Ziarniniaki,
- Zmiany naczyniowe mózgu (tętnicze lub żyłne),
- Krwiaki,
- Ropień mózgu,
- Zmiany w obrębie rdzenia kręgowego.

41. Nowotwór złośliwy

– rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia nowotworu złośliwego, charakteryzującego się niekontrolowanym, inwazyjnym wzrostem i rozprzestrzenianiem się, potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i sklasyfikowane jako nowotwór złośliwy zgodnie z ósmą edycją klasyfikacji AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer).

Wyklucza się:

- Rak in situ (CIS), guz in situ (TIS), rak przedinwazyjny, dysplazję, guzy łagodne, torbiele oraz wszystkie stany przednowotworowe,
- Guzy prostaty sklasyfikowane z wynikiem Gleason < 7 lub w stadium poniżej T2bN0M0 albo poniżej pT2N0M0 po całkowitym usunięciu prostaty (radykałna prostatektomia),
- Guzy tarczycy w stadium poniżej T2N0M0,
- Guzy urotelialne w stadium poniżej T1bN0M0,
- Nowotwory rozpoznane wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych i/lub cząsteczek

związanych z nowotworem w krwi, ślinie, kale, moczu lub innym płynie ustrojowym, bez dalszych jednoznacznych i klinicznie weryfikowalnych dowodów.

42. Rak przedinwazyjny (in situ) wymagający leczenia operacyjnego

– rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, nowotworu złośliwego na etapie przedinwazyjnym, we wczesnym stadium lub o granicznej złośliwości, potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres obejmuje wyłącznie nowotwory, które kwalifikują się do leczenia chirurgicznego poprzez ich całkowite usunięcie, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany. Nowotwory przedinwazyjne muszą być sklasyfikowane jako rak in situ (CIS) lub guz in situ (TIS) zgodnie z ósmą edycją klasyfikacji AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual).

Wyklucza się:

- Wszystkie torbiele,
- Raki podstawnocomórkowe i kolczystocomórkowe skóry oraz chłoniaki skórne, mięsaki i dermatofibrosarcoma protuberans ograniczone do skóry,
- Dysplazje ocenione jako LSIL lub sklasyfikowane poniżej CIN II,I
- Nowotwory przedinwazyjne rozpoznane wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych lub cząsteczek związanych z nowotworem w krwi, ślinie, kale, moczu lub innych płynach ustrojowych, bez dalszych jednoznacznych i klinicznie potwierdzonych dowodów.

43. Ropień mózgu wymagający leczenia operacyjnego

– rozpoznanie miejscowego nagromadzenia ropy w tkance mózgowej spowodowanego infekcją bakteryjną, grzybiczą lub pasożytniczą, prowadzącego do miejscowego uszkodzenia mózgu. Ubezpieczony musi spełniać wymagania kwalifikacji do chirurgicznego drenażu ropnia śródmózgowego poprzez kraniotomię. Obecność ropnia musi być potwierdzona w badaniach obrazowych.

Rozpoznanie oraz konieczność Operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę neurologii lub neurochirurgii.

44. Ciężka Choroba mózgu

– rozpoznanie poważnego, nienowotworowego schorzenia mózgu powodującego trwałe objawy neurologiczne i wymagającego lub kwalifikującego się do leczenia neurochirurgicznego. Zmiany strukturalne mózgu muszą być potwierdzone w badaniach obrazowych oraz potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Zmiany związane z nowotworami są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

45. Borelioza

– rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez krętki z rodzaju *Borrelia*, przenoszone przez kleszcze. Musi być potwierdzona badaniami laboratoryjnymi i skutkować objawami klinicznymi wymagającymi leczenia specjalistycznego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób zakaźnych, neurologii, reumatologii lub dermatologii i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi prowadzić do co najmniej dwóch z poniższych objawów:

- Objawy neurologiczne,
- Objawy stawowe,
- Objawy skórne,
- Objawy sercowe,
- Konieczność dożylnego leczenia antybiotykowego przez co najmniej 14 dni.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki boreliozy bezobjawowej, niewymagające leczenia lub ograniczone wyłącznie do dodatnich wyników serologicznych bez potwierdzenia klinicznego.

46. Wścieklizna

– rozpoznanie ciężkiej, ostrej Choroby wirusowej ośrodkowego układu nerwowego wywołanej przez wirus wścieklizny (*Rabies virus*). Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę chorób zakaźnych, neurologii lub medycyny sądowej. Wymagane jest laboratoryjne potwierdzenie obecności wirusa.

47. Zgorzel gazowa

– rozpoznanie ciężkiej, postępującej infekcji tkanek miękkich wywołanej przez bakterie beztlenowe, prowadzącej do martwicy tkanek, produkcji gazu i ogólnoustrojowej reakcji zapalnej. Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę chirurgii, chorób zakaźnych lub intensywnej terapii i potwierdzone. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności bakterii beztlenowych w badaniu mikrobiologicznym próbki rany lub tkanki,
- Obecność objawów klinicznych takich jak szybko postępujący obrzęk, martwica, pęcherze wypełnione gazem, silny ból, gorączka,
- Konieczność leczenia chirurgicznego oraz dożylnego leczenia antybiotykowego,
- Wystąpienie objawów ogólnoustrojowych wymagających leczenia na oddziale intensywnej terapii.

48. Ziąrniniakowatość

– rozpoznanie przewlekłej autoimmunologicznej Choroby zapalnej prowadzącej do powstawania ziarniniaków w różnych narządach, najczęściej w drogach oddechowych, nerkach i naczyniach krwionośnych. Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę reumatologii, pulmonologii lub nefrologii. Wymagane jest zajęcie co najmniej jednego narządu.

49. Pełzakowica

– rozpoznanie Choroby pasożytniczej wywołanej przez pierwotniaka *Entamoeba histolytica*, prowadzącej do uszkodzenia błony śluzowej jelita grubego. Rozpoznanie musi zostać postawione przez specjalistę chorób zakaźnych, gastroenterologa lub parazytologa oraz potwierdzone w dokumentacji medycznej wykazaniem obecności *Entamoeba histolytica* w badaniu mikroskopowym, hodowli lub w testach antygenowych albo molekularnych.

50. Cukrzyca typu 1

– jednoznaczne rozpoznanie cukrzycy typu 1 wymagającej stałego stosowania iniekcji insuliny. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę diabetologa.

Wyklucza się:

- Inne typy cukrzycy,
- Stany przedcukrzycowe,
- Przemijające zaburzenia metabolizmu węglowodanów.

51. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu

– rozpoznanie zakażenia HIV potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, nabytego w wyniku:

- Transfuzji krwi lub podania produktów krwiopochodnych, lub
- Przeszczepu narządu, szpiku kostnego lub tkanek, pod warunkiem, że procedura została przeprowadzona zgodnie ze standardami medycznymi w licencjonowanej placówce.

Zakażenie musi być potwierdzone przez dwa niezależne testy serologiczne i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

52. Zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków służbowych w określonych grupach zawodowych

– rozpoznanie zakażenia HIV w wyniku ekspozycji zawodowej potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, nabytego w wyniku kontaktu z materiałem zakaźnym podczas wykonywania obowiązków zawodowych w zawodach wysokiego ryzyka, takich jak:

- Zawody medyczne – lekarz, dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, farmaceuta, felczer, diagnosta laboratoryjny, fizjoterapeuta, asystent stomatologiczny, dietetyk, elektroradiolog, higienistka stomatologiczna, logopeda, masażysta, asystent medyczny, optometrysta, ortoptysta, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik ortopedyczny, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy,
- Służby mundurowe – Policja, Żandarmeria Wojskowa, Straż Pożarna, Służba Celno-Skarbowa, Straż Miejska, Służba Więzienna, Służba Leśna, Straż Ochrony Kolei, Straż Marszałkowska, Służba Ochrony Państwa, Straż Graniczna, Siły Zbrojne RP, Służby Specjalne.

Zakażenie musi być potwierdzone przez dwa niezależne testy serologiczne i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Wymagana jest również dokumentacja zdarzenia ekspozycji w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.

53. Tężec

– rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej neurotoksyną produkowaną przez bakterię *Clostridium tetani*, prowadzącej do uogólnionych skurczów mięśni i zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób zakaźnych, neurologii lub intensywnej terapii i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Obecność objawów klinicznych takich jak sztywność karku, skurcze mięśni, trudności w połykaniu lub zaburzenia oddychania,
- Konieczność hospitalizacji, w tym podania terapii przeciwtężcowej, leczenia antybiotykowego lub opieki wspomagającej.

54. Bąblowiec mózgu

– rozpoznanie Choroby pasożytniczej wywołanej przez larwy tasieńców z rodzaju *Echinococcus*, prowadzącej do powstania torbieli bąblowcowej w mózgu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologii, chorób zakaźnych lub neurochirurgii i potwierdzone w dokumentacji medycznej z potwierdzeniem obecności *Echinococcus* w badaniach obrazowych, serologicznych, histopatologicznych lub obecności objawów neurologicznych.

55. Gruźlica

– rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez kompleks *Mycobacterium tuberculosis*, prowadzącej do uszkodzenia tkanek. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób zakaźnych, pulmonologii lub ftyzjatrii i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności prątków gruźlicy w materiale biologicznym w badaniu mikroskopowym, hodowli lub metodą molekularną,
- Zmiany radiologiczne typowe dla gruźlicy potwierdzone zdjęciem RTG klatki piersiowej lub tomografią komputerową,
- Objawy kliniczne utrzymujące się przez co najmniej 4 tygodnie,
- Konieczność leczenia przeciwgruźliczego zgodnie z krajowymi lub międzynarodowymi wytycznymi.

56. Zapalenie mózgu

– rozpoznanie Choroby zapalnej obejmującej półkule mózgowe (co najmniej jedną), pień mózgu lub mózdzek, wywołanej infekcją wirusową, bakteryjną, autoimmunologiczną lub inną, wymagającej hospitalizacji lub specjalistycznego nadzoru medycznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone w dokumentacji medycznej, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Przypadki wywołane zakażeniem HIV są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

57. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

– rozpoznanie Choroby zapalnej obejmującej opony otaczające mózg lub rdzeń kręgowy, wywołanej infekcją bakteryjną, wirusową, grzybiczą lub inną, wymagającej hospitalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego lub innymi testami diagnostycznymi, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Przypadki wywołane zakażeniem HIV są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

58. Choroba Heinego-Medina (polio)

– rozpoznanie wirusowej infekcji układu nerwowego wywołana przez wirusa polio, prowadzącej do ostrego wiotkiego porażenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Choroba musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Laboratoryjne potwierdzenie zakażenia wirusem polio,
- Wystąpienie ostrego wiotkiego porażenia kończyn lub mięśni oddechowych,
- Konieczność hospitalizacji,
- Objawy neurologiczne utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni od rozpoznania.

59. Inwazyjne zakażenie pneumokokowe

– rozpoznanie poważnego zakażenia wywołanego przez *Streptococcus pneumoniae*, objawiającego się jako co najmniej jednym z następujących schorzeń: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie płuc, sepsa, zapalenie kości, zapalenie stawów, zapalenie wsierdza, zapalenie osierdza, zapalenie otrzewnej, zapalenie ucha środkowego lub ropień mózgu.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę i potwierdzone w dokumentacji medycznej, w tym wynikami badań mikrobiologicznych i obrazowych wykonanych w trakcie leczenia.

Świadczenie może zostać wypłacone, jeśli:

- Zakażenie wymagało hospitalizacji, co zostało potwierdzone w karcie leczenia szpitalnego.
- Spowodowało trwałe powikłania, takie jak częściowa lub całkowita utrata słuchu, zaburzenia poznawcze, opóźnienie rozwoju mowy, paraliż lub inne trwałe deficyty neurologiczne.

Z definicji wyłączone są:

- łagodne, niepowikłane zakażenia,
- pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe.

60. Cholera

– rozpoznanie ostrej Choroby zakaźnej wywołanej przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie objawów klinicznych oraz potwierdzeniu obecności bakterii w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.

61. Dur Brzuszy

– rozpoznanie ostrej ogólnoustrojowej Choroby zakaźnej wywołanej przez pałeczkę duru brzuszego (*Salmonella typhi*). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie badań bakteriologicznych, histopatologicznych lub immunologicznych.

- Definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa pałeczek duru brzuszego (*Salmonella typhi*) lub pałeczek duru rzekomego (*Salmonella paratyphi*).

62. Gorączka Denga

– rozpoznanie ostrej Choroby zakaźnej wywołanej wirusem dengi. Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych:

- Izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
- Wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR.

63. Ebola

– rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez wirusa ebola. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie badań laboratoryjnych.

64. Malaria wymagająca hospitalizacji

– rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez zarodźca zimnicy, która wymagała hospitalizacji, co zostało potwierdzone w karcie leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych w karcie leczenia szpitalnego i obecnością zarodźców w preparacie krwi.

65. Żółta Gorączka

– rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez wirusa z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie testu PCR lub izolacją wirusa w hodowlach komórkowych.

*Obszary aktywności w życiu codziennym:

- Ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się.
- Poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela.
- Przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przechodzenia z pomieszczenia do pomieszczenia.
- Kontrolowanie zwieraczy – zdolność do trzymania stolca i moczu, umożliwiającą pełne utrzymanie higieny osobistej.
- Odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- Higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).

A. Messerli 

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Lista Ograniczeń samodzielności

Ograniczenia samodzielności skutkujące wypłatą 100% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności

1. Utrata zdolności widzenia w obu oczach

Oznacza w każdym oku: brak percepcji światła lub ostrość wzroku gorsza niż 3/60 (0,05) lub pole widzenia zawężone do mniej niż 20 stopni od środka we wszystkich kierunkach. Utrata zdolności widzenia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy,

przy czym ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przypadki, w których przy użyciu soczewek okularowych, soczewek kontaktowych lub okularów korekcyjnych nastąpiła poprawa powyżej poziomu wskazanego w definicji.

Z zakresu Umowy dodatkowej wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

2. Utrata zdolności słyszenia w obu uszach

Obustronna utrata słuchu w stopniu przekraczającym 70 decybeli we wszystkich częstotliwościach, potwierdzona audiogramem tonalnym lub badaniem słuchowych potencjałów, bądź innym medycznie uznanym testem. Utrata zdolności słyszenia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy,

przy czym ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przypadki, w których przy użyciu aparatu słuchowego nastąpiła poprawa powyżej poziomu wskazanego w definicji.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

3. Utrata zdolności mówienia

Ubezpieczony nie jest w stanie formułować i artykułować zrozumiałych słów lub wypowiedziane słowa są niezrozumiałe (tzw. afazja Wernickego) lub nastąpiła fizyczna utrata języka. Utrata zdolności mówienia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

przy czym Okres odroczenia i Prognozowany okres ograniczenia samodzielności nie ma zastosowania w przypadku fizycznej utraty języka

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

4. Utrata zdolności chodzenia

Ubezpieczony nie jest w stanie przejść dystansu 400 metrów po twardym, równym podłożu bez konieczności oparcia się lub odpoczynku. Ochrona obejmuje również przypadki, gdy poruszanie się jest możliwe wyłącznie przy użyciu protez lub chodzika – niezależnie od pokonanego dystansu. Utrata zdolności chodzenia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

5. Utrata zdolności poruszania się po schodach

Ubezpieczony nie jest w stanie wejść ani zejść po schodach składających się z 10 stopni o jednakowej wysokości (co najmniej 10 cm) bez konieczności zrobienia przerwy trwającej co najmniej minutę. Utrata zdolności poruszania się po schodach oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

6. Utrata zdolności stania

Ubezpieczony nie jest w stanie stać przez 10 minut, nawet przy zmianie pozycji, bez konieczności podparcia się. Utrata zdolności stania oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

7. Utrata zdolności klękania/ schylania się

Ubezpieczony:

- nie jest w stanie samodzielnie uklęknąć, tj. dotknąć ziemi jednym lub obiema kolanami i samodzielnie się wyprostować

lub

- nie jest w stanie samodzielnie zgiąć kolana na tyle, by się schylić, tj. dotknąć ziemi opuszkami palców i samodzielnie się wyprostować.

Utrata zdolności klękania lub schylania się oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

8. Utrata zdolności podnoszenia i przenoszenia

Ubezpieczony nie jest w stanie podnieść ciężaru 5 kg z biału obiema rękami i przenieść go na odległość 5 metrów po twardym, równym podłożu. Utrata zdolności podnoszenia i przenoszenia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

9. Utrata zdolności używania obu rąk

Ubezpieczony nie jest w stanie używać ani prawej, ani lewej ręki do codziennych czynności, takich jak: zakręcanie i odkręcanie butelki, używanie śrubokręta lub nożyczek, otwieranie zamka drzwi kluczem, zapinanie ubrań lub wiązanie sznurowadeł. Utrata zdolności używania obu rąk oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

10. Utrata zdolności siedzenia

Ubezpieczony nie jest w stanie siedzieć przez 20 minut, nawet przy zmianie pozycji siedzącej lub opieraniu się o podłokietniki. Utrata zdolności siedzenia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej;

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

11. Utrata zdolności używania ramion

Ubezpieczony nie jest w stanie unieść lewego lub prawego ramienia do poziomu barku i utrzymać go przez co najmniej 10 sekund, by wykonać czynność na wysokości barku. Utrata zdolności używania jednego ramienia do poziomu barku oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy,

przy czym Okres odroczenia i Prognozowany okres ograniczenia samodzielności nie ma zastosowania w przypadku fizycznej utraty ramienia.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

12. Utrata rąk lub stóp

Amputacja (trwała fizyczna utrata):

- obu rąk lub
- obu stóp

na poziomie lub powyżej nadgarstka i kostki, ale poniżej łokcia lub kolana.

Utrata rąk i stóp musi wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania

13. Zespół ogona końskiego

Uszkodzenie ogona końskiego (końcowego odcinka rdzenia kręgowego), powodujące:

- nieodwracalny niedowład lub
- zaburzenia czucia w kończynach dolnych lub
- zaburzenia zwieraczy (nietrzymanie moczu i stolca)

potwierdzone opinią neurologa lub neurochirurga oraz wynikami stosownych badań diagnostycznych. Zespół ogona końskiego oraz jego przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

14. Ciężkie oparzenia

Oparzenia trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała lub 30% powierzchni głowy i szyi, lub 50% powierzchni twarzy, lub 50% powierzchni głowy, pod warunkiem, że Ubezpieczony przeżyje 21 dni od daty oparzenia. Ciężkie oparzenia muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania

15. Utrata zdolności do samodzielnego życia

Utrata zdolności do samodzielnego życia, potwierdzona przez:

- 1) decyzję ZUS o niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji

Okres odroczenia: nie ma zastosowania.

Okres, na jaki została wystawiona decyzja: minimum 12 miesięcy

lub

- 2) dokumentację medyczną potwierdzającą trwałą utratę zdolności do wykonywania określonych czynności adekwatnych do wieku Dziecka na dzień wystąpienia Ograniczenia samodzielności, tj.

- a. dla Dziecka poniżej 11. roku życia – zgodnie z tabelą poniżej

Ukończony wiek Dziecka	Dziecko nie jest w stanie:
1 rok	– klaskać w dłonie lub – przenieść klocek z jednej ręki do drugiej lub – siedzieć prosto bez pomocy
2 lata	– samodzielnie wstać i chodzić bez pomocy lub – używać długopisu do (nieuporządkowanego) bazgrania lub – wypowiedzieć 3 dodatkowe słowa poza „mama” lub „tata”
4 lata	– narysować koło (pod nadzorem) lub – rozpoznawać i nazywać kolory lub – ubrać się (pod nadzorem)
6 lat	– złapać piłkę odbitą od podłogi lub – rozróżniać różne materiały lub – narysować postać ludzką (6 części) – ubrać się (bez nadzoru)
9 lat	– policzyć do 100 w przód i w tył lub – spożywać jedzenie lub napój po jego przygotowaniu i podaniu lub – skutecznie i bezpiecznie używać przyborów szkolnych (nożyczki, linijka, sztućce) lub – chodzić na palcach i piętach do przodu i do tyłu

- b. dla Dziecka w wieku 12 lat i powyżej – brak możliwości do wykonywania co najmniej trzech z poniższych podstawowych czynności dnia codziennego:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się.
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczania się z pomieszczenia do pomieszczenia;

- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust;
- higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).

Utrata zdolności do samodzielnego życia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

16. Znaczny stopień niepełnosprawności

Decyzja o znacznej niepełnosprawności Ubezpieczonego wydana przez Powiatowe/Miejskie lub Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania

17. Całkowita niezdolność do pracy

- 1) spowodowana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, w tym na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, jak też w ramach wolnego zawodu, działalności gospodarczej lub pracy w gospodarstwie rolnym, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy i według wiedzy medycznej będzie trwała co najmniej 12 miesięcy od dnia wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy, przy czym stan ten musi wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej, lub
- 2) stwierdzona w formie prawomocnego orzeczenia, przez organ uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów prawa polskiego, całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy niezależnie od okresu, na jaki orzeczenie zostało wydane.

Za dzień wystąpienia Niezdolności do pracy uważa się odpowiednio:

- pierwszy dzień trwającego nieprzerwanie okresu nieświadczenia pracy wywołanego tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub zdiagnozowaną chorobą, które spowodowały taką niezdolność lub
- datę wskazaną w orzeczeniu o niezdolności do pracy, wydanym przez uprawniony organ.

18. Afazja czuciowa lub czuciowo-ruchowa

Zaburzenie mowy, które wynika z uszkodzenia obszarów mózgu odpowiedzialnych za język.

Afazja czuciowa lub czuciowo-ruchowa oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

19. Stan wegetatywny

Stan utraty przytomności towarzyszący zaburzeniom funkcjonowania kory mózgowej, przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne z zachowaną czynnością pnia mózgu, wymagający stosowania działań podtrzymujących życie przez okres co najmniej 21 dni i powodujący powstanie Trwałego ubytku neurologicznego.

Stan wegetatywny oraz jego przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Trwały ubytek neurologiczny – obiektywne objawy uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego o trwałym charakterze, potwierdzone badaniem klinicznym przeprowadzonym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.

Ubezpieczenie nie obejmuje zmian stwierdzanych w badaniach obrazowych bez współistniejących obiektywnych objawów neurologicznych, idiopatycznych objawów występujących bez uchwytanych zmian w układzie nerwowym lub zaburzeń psychicznych.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania.

1. Jednostronna utrata słuchu lub fizyczna utrata ucha

Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu przekraczającej 81 dB we wszystkich częstotliwościach, potwierdzona badaniem audiometrycznym lub fizyczna utrata ucha.

Jednostronna utrata słuchu lub utrata jednego ucha oraz tego przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy,

przy czym ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przypadki, w których przy użyciu aparatu słuchowego nastąpiła poprawa powyżej poziomu wskazanego w definicji.

Okres odroczenia i Prognozowany okres ograniczenia samodzielności nie mają zastosowania w przypadku fizycznej utraty ucha.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

2. Całkowita utrata widzenia w jednym oku

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku, odpowiadająca ostrości wzroku 1/10 lub mniej, mimo zastosowania odpowiedniej korekcji. Całkowita utrata wzroku w jednym oku oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy,

przy czym ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przypadki, w których przy użyciu soczewek okularowych, soczewek kontaktowych lub okularów korekcyjnych nastąpiła poprawa powyżej poziomu wskazanego w definicji.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

3. Rozległe oparzenia trzeciego stopnia

Oparzenia trzeciego stopnia obejmujące od 15% do 19% powierzchni ciała, pod warunkiem, że Ubezpieczony przeżyje 10 dni od daty oparzenia. Oparzenia trzeciego stopnia muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania

4. Utrata ręki lub stopy

Amputacja (trwała fizyczna utrata) ręki na poziomie lub powyżej nadgarstka lub stopy na poziomie kostki, ale poniżej łokcia lub kolana. Utrata ręki lub stopy musi wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania

5. Utrata funkcji jednej kończyny/ Utrata jednej kończyny

Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji ruchowej (paraliż) lub czuciowej całej kończyny górnej lub dolnej, potwierdzona opinią neurologa lub neurochirurga oraz wynikami badań diagnostycznych lub fizyczna utrata jednej kończyny. Utrata funkcji kończyny oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

przy czym Okres odroczenia i Prognozowany okres ograniczenia samodzielności nie mają zastosowania w przypadku fizycznej utraty kończyny.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

6. Poważny uraz mózgu

Trwały ubytek neurologiczny wynikający z uszkodzenia mózgu w wyniku urazu, utrzymujący się przez co najmniej 6 tygodni od daty urazu, pod warunkiem, że Ubezpieczony przeżyje 10 dni od daty urazu. Diagnoza musi być potwierdzona przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyraźnego badania MRI, tomografii komputerowej lub innego badania obrazowego. Poważny uraz mózgu oraz jego przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Trwały ubytek neurologiczny – obiektywne objawy uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego o trwałym charakterze, potwierdzone badaniem klinicznym przeprowadzonym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.

Ubezpieczenie nie obejmuje zmian stwierdzanych w badaniach obrazowych bez współistniejących obiektywnych objawów neurologicznych, idiopatycznych objawów występujących bez uchwytanych zmian w układzie nerwowym lub zaburzeń psychicznych.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 tygodni
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

7. Utrata zdolności używania jednej ręki

Ubezpieczony nie jest w stanie, przy użyciu lewej lub prawej ręki:

- zakręcić i odkręcić butelki z zakrętką lub
- używać nożyczek (np. papierowych, opatrunkowych, krawieckich) lub
- wkręcić i wykręcić standardową żarówkę w lampce stołowej lub
- używać młotka (300 g) na wysokości tułowia zgodnie z przeznaczeniem lub
- używać śrubokręta do wkręcania i wykręcania śruby w kołku rozporowym na wysokości tułowia.

Utrata zdolności używania jednej ręki oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

8. Utrata zdolności używania jednego ramienia

Ubezpieczony nie jest w stanie:

- unieść wyprostowanego ramienia (lewego lub prawego) do wysokości barku do przodu i na bok oraz utrzymać go w tej pozycji przez co najmniej 10 sekund lub
- aktywnie przemieszczać ramię między tymi pozycjami bez pomocy lub
- postawić i zdjąć przedmiot o wadze 200 g z półki na wysokości barku lub klatki piersiowej lub
- założyć kurtki

lub utratą kości w górnej części ramienia (nieuleczalna zmiana patologiczna) z destrukcją chrząstki sąsiadującego stawu, odsłaniająca kość podchrzęstną, lub utratą obu kości przedramienia (nieuleczalna zmiana patologiczna) z destrukcją chrząstki sąsiadującego stawu, odsłaniająca kość podchrzęstną.

Utrata zdolności używania ramienia oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy, przy czym Okres odroczenia nie ma zastosowania w przypadku fizycznej utraty kości

- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

9. Utrata zdolności pisanie/używania klawiatury/ używania ekranu dotykowego

Ubezpieczony nie jest w stanie:

- czytelnie napisać co najmniej pięć słów, z których każde ma co najmniej pięć liter, w ciągu pięciu minut dominującą ręką lub
- wpisać co najmniej pięć słów, z których każde ma co najmniej pięć liter, w ciągu pięciu minut dowolnym palcem dominującej ręki lub
- pisać na klawiaturze lub ekranie dotykowym (np. smartfonie lub tablecie).

Utrata zdolności pisanie/używania klawiatury/używania ekranu dotykowego oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

10. Utrata zdolności ciągnięcia/ pchania

Ubezpieczony utracił co najmniej jedną z poniższych zdolności:

A. Ciągnięcie

Nie jest w stanie przeciągnąć ręcznego, standardowego wózka transportowego lub paletowego o wadze równej wadze swojego ciała na odległość 100 metrów po płaskim, twardym podłożu.

B. Pchanie

Nie jest w stanie przepchnąć osoby o wadze równej wadze swojego ciała w ręcznym, standardowym wózku inwalidzkim na odległość 100 metrów po płaskim, twardym podłożu.

Utrata zdolności ciągnięcia lub pchania oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

11. Umiarkowany stopień niepełnosprawności

Ubezpieczonego wydana przez Powiatowe/Miejskie lub Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności.
Okres odroczenia: nie ma zastosowania.

12. Częściowe usunięcie żuchwy, całej wymowanej części lub połowy kości szczęki

Przeprowadzenie operacji częściowego usunięcia żuchwy, polegającej na usunięciu całej ruchomej części lub połowy kości szczęki.

Częściowe usunięcie żuchwy, całej wymowanej części lub połowy kości szczęki muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania.

13. Całkowity paraliż nerwu pośrodkowego

Całkowity paraliż nerwu pośrodkowego.

Całkowity paraliż nerwu pośrodkowego oraz jego przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

14. Amputacja czterech palców, w tym kciuka

Amputacja co najmniej trzech palców na poziomie kości śródręcza oraz kciuka co najmniej na poziomie paliczka dalszego. Amputacja czterech palców, w tym kciuka musi wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Okres odroczenia: nie ma zastosowania.

15. Wytrzeszcz tętniący obustronny

Objaw kliniczny, w którym gałki oczne są wysunięte, a dodatkowo wyczuwalne jest ich tętnienie (pulsowanie) z powodu nieprawidłowego przepływu krwi. Wytrzeszcz tętniący obustronny musi wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

16. Afazja ruchowa

Afazja motoryczna, w której Ubezpieczony w pełni lub w dużej mierze rozumie, co mówią inni, ale nie jest w stanie wytworzyć płynnej, poprawnej mowy. Afazja ruchowa oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).

17. Połowicze niedowidzenie dwuskroniowe

Niedowidzenie połowicze dwuskroniowe. Ubezpieczony każdym okiem widzi obiekty całkowicie prawidłowo, jeśli znajdują się one po stronie nosowej, ale nie jest w stanie dostrzec przedmiotów znajdujących się z boku względem kierunku spojrzenia. Połowicze niedowidzenie dwuskroniowe oraz jej przyczyny muszą wynikać jednoznacznie z dokumentacji medycznej.

Do definicji zastosowanie mają następujące warunki:

- Okres odroczenia: 6 miesięcy,
- Prognozowany okres ograniczenia samodzielności: co najmniej 12 miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki, w których Ograniczenie samodzielności jest wynikiem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99).



Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Załącznik nr 4 do OWUD ochrona dla dziecka (CPP/1/2026)

Tabela limitów

1	Minimalna wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej po obniżeniu Sumy ubezpieczenia	Częstotliwość	Wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej
		Miesięczna	1 zł
		Kwartalna	3 zł
		Półroczna	6 zł
		Roczna	12 zł
2	Minimalne podwyższenie Sumy ubezpieczenia	10 000 zł	
Pobyt w szpitalu lub Operacja			
3	Podstawa świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji	100% Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
4	Limit Świadczeń z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia	700% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
5	Maksymalne jednorazowe Świadczenie z tytułu jednego Pobytu w szpitalu	276% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji aktualnej na pierwszy Dzień pobytu w szpitalu	
6	Maksymalna liczba dni Pobytu w szpitalu w związku z chorobami psychicznymi w okresie 5 lat poprzedzających Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia	107 Dni pobytu w szpitalu	
7	Maksymalne jednorazowe Świadczenie z tytułu Operacji	100% Podstawy świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu lub Operacji aktualnej w dniu Operacji	
Poważne zachorowanie			
8	Podstawa świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania	400% Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
9	Limit Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania	600% Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	

10	Maksymalne Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania w danej grupie w Okresie ubezpieczenia	Grupa	% Podstawy świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
		1	150%
		2	150%
		3	100%
		4	100%
		5	100%
11	Limit Drugich opinii medycznych Dziecka w każdym roku ubezpieczenia	Jedna Druga opinia medyczna w odniesieniu do danej Choroby.	
Ograniczenie samodzielności			
12	Podstawa świadczenia z tytułu Ograniczenia samodzielności	400% Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
13	Limit Świadczeń z tytułu Ograniczeń samodzielności określonych w Tabeli 2 w Okresie ubezpieczenia	100% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczeń samodzielności, aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
14	Limit Świadczeń z tytułu Ograniczeń samodzielności określonych w Tabeli 3 w Okresie ubezpieczenia	150% Podstawy świadczenia z tytułu Ograniczeń samodzielności, aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	

A. Messerli

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Bartkiewicz

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału



■ **Pru** to marka Prudential International Assurance plc, Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
Prudential International Assurance plc, Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Puławska 182, 02-670 Warszawa
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000708052, NIP: 1080022291
infolinia: 801 30 20 10, e-mail: bok@pru.pl, www.pru.pl