

OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ING Smart OWU/FMI1/1/2010

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: FMI1 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/FMI1/1/2010 (dalej: Warunki), w polisie oraz w innych dokumentach ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Ludnej 2.
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem oraz zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia.
- 4) **„Współmałżonek”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia, pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- 5) **„Dziecko”** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
- 6) **„Uposażony”** – odpowiednio osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, albo osoba wskazana przez Współmałżonka, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci Współmałżonka.
- 7) **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa ubezpieczenia, której przedmiotem jest w zależności od wybranego pakietu: życie i zdrowie Ubezpieczonego, życie i zdrowie Współmałżonka lub zdrowie Dzieci.
- 8) **„Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy ubezpieczenia, w tym polisa potwierdzająca jej zawarcie.
- 9) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela”** – dzień następujący po dniu opłacenia składki całkowitej przez Ubezpieczającego.
- 10) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 11) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 12) **„Miesiąc polisowy”** – miesiąc zaczynający się w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
- 13) **„Składka całkowita”** – kwota przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, opłacana w wysokości, terminach i z zastosowaniem metody płatności uzgodnionej z Ubezpieczycielem.
- 14) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w Tabeli limitów i opłat oraz w Dokumencie ubezpieczenia, odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą do obliczenia kwoty świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach. Wysokość Sumy ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy ubezpieczenia.
- 15) **„Świadczenie”** – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami Warunków i Tabeli limitów i opłat.
- 16) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka albo Dziecka zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej, i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby i Choroby psychicznej.
- 17) **„Trwałe inwalidztwo całkowite”** – uszkodzenie ciała, które spowodowało bezterminową, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.
- 18) **„Trwałe inwalidztwo częściowe”** – utrata ramienia, przedramienia, dłoni, kciuka, wszystkich palców u dłoni włączając kciuk, wszystkich palców u dłoni wyłączając kciuk, poszczególnych palców u dłoni, nogi, podudzia, obu podudzi, stopy, wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem), dużego palca u stopy, całkowita utrata wzroku w obu oczach, całkowita utrata wzroku w jednym oku, całkowita utrata słuchu w obu uszach, całkowita utrata słuchu w jednym uchu oraz utrata mowy.
- 19) **„Trwałe inwalidztwo”** – Trwałe inwalidztwo częściowe lub Trwałe inwalidztwo całkowite.
- 20) **„Wypadek komunikacyjny”** – Nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym i któremu uległ Ubezpieczony albo Współmałżonek jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi lub katastrofie,
 - c) rowerzysta,
 - d) pieszy.
- 21) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu Lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa.
- 22) **„Szpital”** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.
- 23) **„Operacja”** – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anesteziologa. Z medycznego punktu widzenia Operacją musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia skutków urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za Operację wymienione w Załączniku nr 1 do Warunków. W rozumieniu Warunków Operacją nie jest operacja przeprowadzona jedynie w celach diagnostycznych, za wyjątkiem Operacji wymienionych w Załączniku nr 1 do Warunków.
- 24) **„Pobyt w Szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w Warunkach stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. W rozumieniu Warunków za pobyt w Szpitalu nie uważa się pobytu w Szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
- 25) **„Dzień Pobytu w Szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy Pobytu w Szpitalu. Za pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 26) **Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze”** – Pobyt w Szpitalu, który trwał nieprzerwanie do końca 14. Dnia Pobytu w Szpitalu (do godz. 24.00); uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu przerywa bieg tego 14-dniowego terminu.
- 27) **„OIT”** – oddział intensywnej terapii lub oddział intensywnej opieki medycznej, tj. wydzielony oddział Szpitala, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 28) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 29) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
- 30) **„Postępowanie terapeutyczne”** – postępowanie mające na celu przywrócenie zaburzonych na skutek Nieszczęśliwego wypadku funkcji poszczególnych organów.
- 31) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”**:
 - a) w przypadku śmierci, śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego – dzień śmierci,
 - b) w przypadku Trwałego inwalidztwa – dzień wystąpienia Trwałego inwalidztwa,
 - c) w przypadku Pobytu w Szpitalu – pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu objęty obowiązkiem wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego,

- a) w przypadku Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze – 14. dzień nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu,
 d) w przypadku Operacji – dzień przeprowadzenia Operacji.
32) „Tabela limitów i opłat” – dokument, przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający stawki opłat, rabatów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia w przypadkach określonych w Warunkach. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w pakietach indywidualnym, małżeńskim albo rodzinnym.
- W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - w pakiecie indywidualnym – życie i zdrowie Ubezpieczonego,
 - w pakiecie małżeńskim – życie i zdrowie Ubezpieczonego i Współmałżonka,
 - w pakiecie rodzinnym typu A – życie i zdrowie Ubezpieczonego i Współmałżonka oraz zdrowie Dzieci,
 - w pakiecie rodzinnym typu B – życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz zdrowie Dzieci.
- W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

Pakiet Zdarzenia ubezpieczeniowe

Pakiet	Zdarzenia ubezpieczeniowe
Indywidualny	<ul style="list-style-type: none"> – Śmierć Ubezpieczonego, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, – Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
Małżeński	<ul style="list-style-type: none"> – Śmierć Ubezpieczonego, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, – Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, – Śmierć Współmałżonka, – Śmierć Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, – Śmierć Współmałżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego, – Trwałe inwalidztwo Współmałżonka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Współmałżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Współmałżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
Rodzinny typu A (Ubezpieczony, Współmałżonek i Dzieci)	<ul style="list-style-type: none"> – Śmierć Ubezpieczonego, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, – Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, – Śmierć Współmałżonka, – Śmierć Współmałżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku, – Śmierć Współmałżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego, – Trwałe inwalidztwo Współmałżonka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Współmałżonka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Współmałżonka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, – Trwałe inwalidztwo Dziecka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Dziecka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Dziecka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
Rodzinny typu B (Ubezpieczony i Dzieci)	<ul style="list-style-type: none"> – Śmierć Ubezpieczonego, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, – Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku komunikacyjnego, – Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, – Trwałe inwalidztwo Dziecka spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, – Pobyt w Szpitalu Dziecka spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem (w tym także Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze), – Operacja Dziecka spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.

- W ramach zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ust. 3 zakresem ubezpieczenia objęte są:

- śmierć, która nastąpiła w czasie trwania Umowy ubezpieczenia,
 - śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że śmierć nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że śmierć nastąpiła przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - Trwałe inwalidztwo, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną był Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Trwałe inwalidztwo wystąpiło nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - Pobyt w Szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - Operacja spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 30 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Pakiety, w których mowa w ust. 3, dostępne są w wariantach różniących się wysokością Sum ubezpieczenia. Rodzaje wariantów wymienione są w Tabeli limitów i opłat.
 - Za wyjątkiem sytuacji opisanych w Warunkach w czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający nie może zmienić pakietu ani wariantu Umowy ubezpieczenia na inny dostępny w ofercie Ubezpieczyciela.
 - W ramach pakietu rodzinnego typu A i typu B ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie Dzieci Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyły 1. rok życia i nie ukończyły 18. roku życia. Każde kolejne Dziecko Ubezpieczonego zostanie objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia po ukończeniu 1. roku życia. Ponadto w przypadku przysposobienia dziecka w czasie trwania Umowy ubezpieczenia zostanie ono objęte ochroną ubezpieczeniową, o ile w dniu przysposobienia nie ukończyło 18. roku życia.
 - W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w pakiecie rodzinnym typu A na zasadach opisanych w ust. 7 ochroną ubezpieczeniową objęte są również wszystkie Dzieci Współmałżonka.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem następnym po dniu opłacenia Składki całkowitej, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu, w którym odpowiednio Ubezpieczony i Współmałżonek wyrazili zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 5.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia 24 godziny na dobę na całym świecie, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu i Operacji. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność 24 godziny na dobę za Pobyt w Szpitalu i Operację, które miały miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem wygasa:
 - w stosunku do Ubezpieczonego: z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego, oraz jeżeli kwota świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych,
 - w stosunku do Współmałżonka: z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego, oraz jeżeli kwota świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych,
 - w stosunku do wszystkich Dzieci objętych ochroną ubezpieczeniową: z chwilą wypłaty drugiego świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa całkowitego, oraz jeżeli kwota świadczeń wypłaconych na rzecz któregośkolwiek Dziecka bądź Dzieci łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego stanowi 400% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych.
- Ubezpieczony, Współmałżonek i Dziecko mogą być objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu wyłącznie jednej Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków.

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu polisy.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony i Współmałżonek na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończyli 18 lat i nie ukończyli 51 lat.
4. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w pakiecie rodzinnym tylko wtedy, gdy na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przynajmniej jedno Dziecko ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia zawarta z chwilą wskazaną w ust. 2 kończy się z upływem 5 lat od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. Umowa ubezpieczenia nie może być zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jej zawarcie Ubezpieczony lub Współmałżonek są objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej Pakiet rodzinny Lwa.

Art. 5 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH

1. Ubezpieczony i Współmałżonek mają prawo w dowolnym czasie wskazać Uposażonego oraz zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego.
2. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia odpowiednio Ubezpiezonego lub Współmałżonka.
3. Jeżeli Ubezpieczony bądź Współmałżonek wskazał więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane zgodnie z wyznaczonym udziałem poszczególnych Uposażonych w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100% Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez odpowiednio Ubezpiezonego lub Współmałżonka.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej Umowy ubezpieczenia, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą umową.

Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO I WSPÓŁMAŁŻONKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki całkowitej.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Współmałżonek są zobowiązani do udzielenia, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku informacji otrzymanych od Ubezpieczyciela, dotyczących:
 - a) zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia,
 - b) zmiany wysokości świadczeń, przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia,
 - c) zmiany Sum ubezpieczenia.
5. Informacje, o których mowa w ust. 4, powinny być przekazane przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa dla niej właściwego – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 4 pkt a,
 - b) niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 4 pkt b-c.
6. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku informacji zgodnie z ust. 4 i 5, Ubezpieczający ponosi wobec nich odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu, Współmałżonkowi i Dziecku.
8. W przypadku Dziecka małoletniego Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje, o których mowa w ust. 4-7, przedstawicielowi ustawowemu Dziecka lub innemu prawnemu opiekunowi Dziecka.

9. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, Współmałżonek i Dziecko powinni starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu. Jeżeli Dziecko pozostaje pod opieką Ubezpiezonego, Współmałżonka lub innego prawnego opiekuna, obowiązek starania się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia i niezwłocznego poddania Dziecka opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu spoczywa na takim opiekunie Dziecka.
10. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko mają obowiązek poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko doznali i pozostają w stanie Trwałego inwalidztwa w trakcie rozpatrywania wniosku o wypłatę świadczenia.

Art. 8 SKŁADKA CAŁKOWITA

1. Wysokość składki całkowitej jest przedstawiona w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość Składki całkowitej jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wybranego wariantu ubezpieczenia, z uwzględnieniem zniżek wskazanych w Tabeli limitów i opłat.
3. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych przez Ubezpieczyciela. Jeżeli termin płatności przypada w dniu ustawowo wolnym od pracy, przyjmuje się, że Składka całkowita została opłacona w terminie, jeżeli płatność została dokonana w najbliższym dniu roboczym.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej składki całkowitej w terminie 14 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Za dzień opłacenia Składki całkowitej przyjmuje się: dzień nadania przekazu pieniężnego w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego lub dzień złożenia skutecznego polecenia przelewu w banku Ubezpieczającego.
6. Składka całkowita ulega przeliczeniu w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia spowodowanej:
 - a) wypłatą świadczenia, o której mowa w art. 3 ust. 5 lub w art. 12,
 - b) wnioskiem Ubezpieczającego, gdy ochroną ubezpieczeniową nie jest już objęte żadne Dziecko.
7. Składka całkowita ulega podwyższeniu jedynie w związku ze zmianą pakietu, o której mowa w art. 9 ust. 1.
8. W ramach pakietu rodzinnego objęcie ochroną ubezpieczeniową w czasie trwania Umowy ubezpieczenia kolejnych Dzieci nie ma wpływu na wysokość Składki całkowitej.
9. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy pobraną Składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymaganej.
10. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu Składki całkowitej za okres, w którym Ubezpieczyciel nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 9 ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA

1. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w pakiecie indywidualnym lub małżeńskim Ubezpieczający w każdą Rocznicę polisy ma prawo do rozszerzenia zakresu Umowy ubezpieczenia o ubezpieczenie zdrowia Dzieci.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 następuje poprzez zmianę:
 - a) pakietu małżeńskiego na pakiet rodzinny typu A,
 - b) pakietu indywidualnego na pakiet rodzinny typu B.
3. Zmiana pakietu, o której mowa w ust. 2, następuje na wniosek Ubezpieczającego złożony do Ubezpieczyciela na 30 dni przed Rocznicą polisy i obowiązuje od dnia opłacenia Składki całkowitej w nowej wysokości, o ile w dniu złożenia wniosku Dzieci spełniają kryteria przewidziane w art. 2 ust. 7.
4. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę zakresu ubezpieczenia Dokumentem ubezpieczenia.
5. W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia, o której mowa w niniejszym artykule, Sumy ubezpieczenia stanowiące podstawę obliczenia kwoty świadczenia w przypadku Trwałego inwalidztwa, Pobytu w szpitalu i Operacji Dziecka są równe Sumom ubezpieczenia właściwym dla odpowiednich zdarzeń dotyczących Ubezpiezonego lub Współmałżonka z dnia wejścia w życie zmiany pakietu, to jest z uwzględnieniem podwyższeń, o których mowa w art. 10.

Art. 10 PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA

1. W każdą rocznicę polisy Suma ubezpieczenia wzrasta o 10% Sumy ubezpieczenia obowiązującej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego w Dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie powoduje podwyższenia Składki całkowitej za Umowę ubezpieczenia.

Art. 11 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Podstawą do wypłaty świadczenia jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do świadczenia,
 - b) skróconym odpisem aktu urodzenia Dziecka – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka,
 - c) odpisem orzeczenia sądowego zawierającego zezwolenie na dysponowanie kwotą świadczenia – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dziecka, a Dziecko reprezentowane jest przez przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego, którym nie jest ani Ubezpieczony, ani Współmałżonek,
 - d) skróconym odpisem aktu małżeństwa – jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Współmałżonka,
 - e) dokumentami potwierdzającymi zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego,
 - f) opiniami lekarskimi i wynikami badań oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego podstawą do wypłaty świadczenia są także dokumenty, o których mowa w: art. 12 ust. 2, art. 13 ust. 10, art. 14 ust. 11, art. 15 ust. 5.
4. Wszystkie dokumenty wskazane w ust. 2 i 3 powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
5. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, z zachowaniem należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
6. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 12 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA

1. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - a) śmierć,
 - b) śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci odpowiednio Ubezpieczonego albo Współmałżonka wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze.
3. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę:
 - a) Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci albo
 - b) łącznej kwoty, na którą składają się Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, obowiązujące w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo
 - c) łącznej kwoty, na którą składają się Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego, obowiązujące w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego wyklucza wypłatę świadczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku wyklucza wypłatę z tytułu śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego.
5. W przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie także wtedy, gdy śmierć nastąpiła po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że odpowiednio Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Ubezpieczony

- lub Współmałżonek poniósł śmierć, nastąpił w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka wskazany przez niego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni zgodnie ze wskazaniem odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
7. Jeżeli Ubezpieczony lub Współmałżonek nie wskazał Uposażonych lub wszyscy wskazani przez niego Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka w kolejności, według następujących kategorii:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
8. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 7 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Współmałżonka, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

Art. 13 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEGO INWALIDZTWA

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do świadczenia nabywa odpowiednio:
 - a) Ubezpieczony – w przypadku Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - b) Współmałżonek – w przypadku Trwałego inwalidztwa Współmałżonka,
 - c) Dziecko – w przypadku Trwałego inwalidztwa Dziecka.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe:
 - a) Sumie ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z tabelą zamieszczoną w ust. 7 – w przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego.
3. W przypadku Trwałego inwalidztwa wypłaci świadczenie także wtedy, gdy Trwałe inwalidztwo nastąpiło po wygaśnięciu lub rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo, miał miejsce w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Trwałe inwalidztwo nastąpiło po rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia, to Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe:
 - a) Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy – w przypadku Trwałego inwalidztwa całkowitego,
 - b) odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu poprzedzającym dzień rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy – w przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego.
5. Wskazane jest, by uprawniony do świadczenia złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa po zakończeniu leczenia, w tym rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków fizycznej utraty części ciała.
6. Jeżeli Dziecko reprezentowane jest przez przedstawiciela ustawowego (Ubezpieczony, Współmałżonek lub inna osoba) lub opiekuna prawnego, zalecenie, o którym mowa w ust. 5, dotyczy odpowiednio takiego przedstawiciela lub opiekuna.
7. W przypadku Trwałego inwalidztwa częściowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie zgodnie z poniższą tabelą:

Trwałe inwalidztwo częściowe	% Sumy ubezpieczenia
Utrata ramienia	75%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata kciuka	15%
Utrata palca wskazującego	5%
Utrata palca środkowego	3%
Utrata palca serdecznego	2%
Utrata palca małego	1%
Utrata wszystkich palców u dłoni włączając kciuk	40%
Utrata wszystkich pozostałych palców u dłoni z wyłączeniem kciuka	25%
Utrata nogi	70%
Utrata podudzia	60%
Utrata obu podudzi	100%
Utrata stopy	50%
Utrata wszystkich palców u stopy (włącznie z dużym palcem)	30%

Utrata dużego palca u stopy	10%
Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50%
Całkowita utrata słuchu w obu uszach	100%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	50%
Utrata mowy	100%

przy czym:

- a) **Utrata** – jest to fizyczna utrata części ciała albo trwała, całkowita i nieodwracalna utrata władzy w części ciała.
- b) **Całkowita utrata wzroku w obu oczach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
- c) **Całkowita utrata wzroku w jednym oku** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
- d) **Całkowita utrata słuchu w obu uszach** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
- e) **Całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w jednym uchu, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, co oznacza, że średni ubytek słuchu w tym uchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa i potwierdzona badaniem audiometrycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
- f) **Utrata mowy** – jest to nieodwracalna utrata zdolności mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa w oparciu o uszkodzenie fałdów głosowych, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia obejmuje także przypadki całkowitej afazji powstałej wskutek ciężkiego urazu głowy z uszkodzeniem ośrodków mowy w ośrodkowym układzie nerwowym zdiagnozowanej przez Lekarza neurologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest utrata zdolności mówienia spowodowana schorzeniami psychicznymi i psychologicznymi oraz utrata zdolności mówienia możliwa do skorygowania Postępowaniem terapeutycznym.
8. W przypadku Utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli, w obrębie tej samej kończyny, kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej z wartości świadczenia należnego za jedną z utraconych części ciała.
9. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego albo łącznie z tytułu Trwałego inwalidztwa częściowego i Trwałego inwalidztwa całkowitego nie może przekroczyć:
 - a) 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku wypłaty na rzecz odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka,
 - b) 400% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia ostatniego z tych zdarzeń ubezpieczeniowych – w przypadku wypłaty na rzecz Dzieci łącznie.
10. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentacji z przebiegu leczenia,
 - c) innych dokumentów umożliwiających Ubezpieczycielowi ustalenie podstaw do wypłaty świadczenia oraz jego wysokości, np. renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
11. Wypłata świadczenia nastąpi po zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia w terminie wskazanym w art. 11 ust. 5.

Art. 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU ORAZ POBYTU W SZPITALU O DŁUGOTRWAŁYM CHARAKTERZE

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do świadczenia nabywa odpowiednio:
 - a) Ubezpieczony – w przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego,
 - b) Współmałżonkę – w przypadku Pobytu w Szpitalu Współmałżonka,

- c) Dziecko – w przypadku Pobytu w Szpitalu Dziecka.
2. Świadczeniem z tytułu Pobytu w Szpitalu jest wielokrotność dziennego świadczenia szpitalnego.
3. Wysokość dziennego świadczenia szpitalnego wynosi:
 - a) 1,2% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego za pierwszych 14 dni Pobytu w Szpitalu, także w przypadku pobytu na OIT,
 - b) 0,6% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego za pozostałe dni Pobytu w Szpitalu, także w przypadku pobytu na OIT.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, który, wliczając dzień przyjęcia do Szpitala, trwał nie mniej niż 3 kolejne dni. Maksymalna liczba dni, za które Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu jednego roku polisowego wynosi:
 - a) 180 dni w przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego,
 - b) 180 dni w przypadku Pobytu w Szpitalu Współmałżonka,
 - c) 360 dni na rzecz Dzieci łącznie w przypadku ich Pobytu w Szpitalu.
5. Wysokość świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze wynosi 5% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze jest przyznawane i wypłacane niezależnie od świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu.
6. W każdym roku polisowym Ubezpieczonemu i Współmałżonkowi przysługuje jedno świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze. W przypadku gdy Pobyt w Szpitalu o długotrwałym charakterze dotyczy Dziecka lub Dzieci to Ubezpieczyciel w każdym roku polisowym wypłaci maksymalnie dwa świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu o długotrwałym charakterze na rzecz Dzieci łącznie.
7. Przeniesienie do innego Szpitala w wykonaniu zalecenia uprawnionego Lekarza lub Lekarzy lub czasowa nieobecność w Szpitalu za wcześniejszą pisemną zgodą Lekarza uprawnionego do jej wyrażenia, nie przerywa Pobytu w Szpitalu.
8. Ubezpieczyciel nie wypłaca dziennego świadczenia szpitalnego za dni czasowej nieobecności w Szpitalu.
9. Uzgodniona z Lekarzem czasowa nieobecność w Szpitalu nie może trwać dłużej niż 7 dni (wliczając dzień opuszczenia Szpitala) w czasie jednego Pobytu w Szpitalu.
10. W przypadku gdy Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 30 dni i trwa nadal, uprawniony do świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu. Po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu trwa nadal, uprawniony do świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za kolejnych co najmniej 30 dni Pobytu w Szpitalu.
11. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2,
 - b) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala); w przypadku przeniesienia do innego Szpitala – kart informacyjnych leczenia szpitalnego ze wszystkich Szpitali,
 - c) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań,
 - d) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala) dokumentującej okres pobytu na OIT lub innego dokumentu potwierdzającego pobyt na OIT – w przypadku pobytu na OIT.
12. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka w czasie Pobytu w Szpitalu uprawniony do świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu jest Uposażony wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
13. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współmałżonek powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o Pobytku w Szpitalu w ciągu 30 dni od wyjścia ze Szpitala odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie wniosku o wypłatę świadczenia.

Art. 15 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU OPERACJI

1. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do świadczenia nabywa odpowiednio:
 - a) Ubezpieczony – w przypadku Operacji Ubezpieczonego,
 - b) Współmałżonkę – w przypadku Operacji Współmałżonka,
 - c) Dziecko – w przypadku Operacji Dziecka.
2. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu Operacji jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, odpowiadający kategorii Operacji według poniższej tabeli:

Kategoria Operacji*	% Sumy ubezpieczenia
1	100
2	75
3	50
4	25
5	10

*Kategoria najwyższa – „1”.

Podział Operacji na kategorie zawiera Załącznik nr 1 do Warunków.

3. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej Operacji, oznaczonej w Załączniku nr 1 do Warunków określonym kodem, zostanie przeprowadzona kolejna Operacja oznaczona tym samym kodem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych Operacji. Jeśli w ciągu jednego dnia Pobytu w Szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna Operacja, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 2.
4. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu Operacji przeprowadzonych w ciągu tego samego roku polisowego nie może przekroczyć:
 - a) 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – na rzecz Ubezpieczonego lub Współmałżonka,
 - b) 400% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w Dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego – na rzecz Dzieci łącznie.
5. Podstawą do wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami, o których mowa w art. 11 ust. 2,
 - b) karty informacyjnej leczenia szpitalnego (karty wypisu ze Szpitala),
 - c) dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i wyników badań.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka w czasie Operacji uprawnionym do świadczenia z tytułu Operacji jest Uposażony wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współmałżonek powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o Operacji w ciągu 30 dni od wyjścia ze Szpitala odpowiednio Ubezpieczonego, Współmałżonka lub Dziecka. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie wniosku o wypłatę świadczenia.

Art. 16 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE WSZYSTKICH ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - e) poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - f) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności – nie dotyczy zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia:
 - a) jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki całkowitej w terminie 30 dni, licząc od dnia następnego po terminie płatności, i zdarzenie ubezpieczeniowe, Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe, nastąpi po upływie ww. terminu,
 - b) w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka w okresie dwóch lat od Dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Art. 17 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH POWSTAŁYCH WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, zaszło bezpośrednio w wyniku wykonywania obowiązków służbowych przez:
 - a) funkcjonariusza ABW lub BOR, policji, straży miejskiej, służby więziennej, ochroniarza, konwojenta, kaskadera, pracownika platformy wiertniczej, strażaka, elektryka pracującego pod napięciem powyżej 230 V, artystę cyrkowego, tresera zwierząt drapieżnych, nurka,
 - b) osoby pracujące przy wyrębie drzew, w ratownictwie górskim, na wysokościach powyżej 5 metrów, pod ziemią, z materiałami wybuchowymi lub osoby, które w czasie wykonywania obowiązków służbowych mają kontakt z substancjami toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, zaszło bezpośrednio na skutek:
 - a) udziału w ogólnokrajowych lub międzynarodowych zawodach sportowych,
 - b) zawodowego uprawiania sportu.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Wypadek komunikacyjny był spowodowany lub zaszło w bezpośrednim następstwie:

- a) pozostawania dobrowolnie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - b) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, lotniczych, motorowodnych, wspinaczce wysokogórskiej i skałkowej, nurkowaniu, speleologii, sportach walki, skokach do wody, spadochronowych, na linie; przy czym w razie Wypadku komunikacyjnego za udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze uznaje się wyłącznie udział w sportach motorowych,
 - c) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
 - d) prowadzenia pojazdu przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, a która nie była do tego uprawniona, lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami prawa polskiego.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli Ubezpieczony, Współmałżonek lub Dziecko nie przestrzegali zaleceń Lekarza wydanych w celu usunięcia lub złagodzenia skutków Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 18 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU I OPERACJI

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia:
 - a) z tytułu Operacji, której celem była naprawa lub rekonstrukcja więzadeł. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona również w przypadku, gdy naprawa lub rekonstrukcja więzadeł wiąże się z przeprowadzeniem Operacji na ścięgnach, o których mowa w Załączniku nr 1 do Warunków,
 - b) jeżeli Operacja została przeprowadzona lub Pobyt w Szpitalu rozpoczął się po 30. dniu, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli celem lub powodem Pobytu w Szpitalu lub Operacji były:
 - a) leczenie lub kontynuacja leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub Wypadków komunikacyjnych, które miały miejsce przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - b) nieskorzystanie z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzeganie zaleceń Lekarza albo poddanie się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych.

Art. 19 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 4.
3. W przypadku nieopłacenia pierwszej Składki całkowitej w terminie wskazanym w art. 8 ust. 4 Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, jeżeli składka ta nie zostanie zapłacona w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty ze wskazaniem skutków nieopłacenia Składki całkowitej. W pozostałych przypadkach nieopłacenia Składki całkowitej Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa Składka całkowita.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa:
 - a) w pakiecie indywidualnym i w pakiecie rodzinnym typu B – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
 - b) w pakiecie małżeńskim i w pakiecie rodzinnym typu A – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo Współmałżonka, w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi później.

Art. 20 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela telefonicznie, pisemnie (zgodnie z zasadami przekazywania korespondencji wskazanymi w art. 22) lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie muszą być potwierdzone w formie pisemnej.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, albo pisemnie w terminie 30 dni od ich otrzymania.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w pisemnej odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub

zażalenia przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych i do organu nadzoru.

6. Sposób składania odwołań dotyczących wypłaty świadczenia został uregulowany w art. 11 ust. 6.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 26.

Art. 21 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Techniczna stopa procentowa wynosi zero.

Art. 22 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z Umową ubezpieczenia (dalej: korespondencja), za wyjątkiem przekazywanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przesyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 20. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer Umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela mogą być również przesyłane drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczającego adres e-mail lub numer telefonu komórkowego.

Art. 23 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty Składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość Składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających Składkę całkowitą Ubezpieczyciel może powiększyć składkę o ich wartość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 24 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 25 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT

1. Tabela limitów i opłat może być z ważnych przyczyn zmieniona uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa, oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku wydania:
 - a) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, Naczelny Sąd Administracyjny, sąd powszechny.
3. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, w wyniku której wystąpi jedno z następujących zdarzeń:
 - a) wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej notowanych na rynku wtórnym o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - b) wzrost stopy referencyjnej (określanej przez bank centralny), waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-Banki o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.
4. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat. Zmiana wchodzi w życie z dniem doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat, o ile w terminie 14 dni od doręczenia nie złoży on oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

Art. 26 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia może być wytoczone przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Współmałżonka, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Art. 27 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 126/2010 z dnia 19 listopada 2010r., wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011r.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Lista Operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowia (A01 – A05)

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II

Komory mózgowie i przestrzeń podpajęczynówkowa (A12 – A22)

A12	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	Kategoria III
A13	Rewizja wentrykulostomii	Kategoria III
A17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	Kategoria III
A22	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	Kategoria II

Nerwy czaszkowe (A24 – A31)

A24	Przeszczep nerwów czaszkowych	Kategoria I
A25	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	Kategoria I
A28	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	Kategoria II
A29	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	Kategoria I
A30	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	Kategoria I
A31	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	Kategoria II

Opony mózgowie (A38 – A42)

A38	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	Kategoria I
A39	Operacja naprawcza opony twardej	Kategoria I
A40	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	Kategoria I
A41	Drenaż przestrzeni podoponowej	Kategoria I
A42	Operacje krwiaka nad- i podoponowego	Kategoria II

Rdzeń kręgowy i inne struktury kanału kręgowego (A44 – A57)

A44	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	Kategoria I
A57	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	Kategoria I

Nerwy obwodowe (A59 – A62)

A59	Wycięcie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A60	Zniszczenie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A61	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	Kategoria IV
A62	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	Kategoria III

Inne części układu nerwowego (A75)

A75	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	Kategoria III
-----	--	---------------

Przysadka i szyszynka (B01 – B06)

B01	Wycięcie przysadki	Kategoria I
B02	Zniszczenie przysadki	Kategoria II
B04	Wycięcie zmiany w obrębie przysadki	Kategoria II
B06	Operacje szyszynki	Kategoria I

Tarczycza (B08)

B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
-----	---	---------------

Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B22)

B22	Wycięcie nadnercza/nadnerczy	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Oczodoł (C01 – C06)

C01	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	Kategoria III
C02	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	Kategoria III
C03	Wszczepienie protezy oka	Kategoria IV
C04	Rewizja protezy oka	Kategoria IV
C05	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	Kategoria III
C06	Nacięcie oczodołu	Kategoria IV

Mięśnie oka (C31 – C34)

C31	Połączone operacje mięśni oka	Kategoria III
C32	Cofnięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C33	Wycięcie mięśnia oka	Kategoria IV
C34	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	Kategoria IV

Rogówka (C47 – C49)

C47	Zeszycie rogówki	Kategoria IV
C48	Usunięcie ciała obcego z rogówki	Kategoria V
C49	Nacięcie rogówki	Kategoria IV

Twardówka i tęczówka (C53 – C62)

C53	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	Kategoria IV
C54	Operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plomby lub opaski nadtwardówkowej	Kategoria III
C55	Nacięcie twardówki	Kategoria IV
C59	Wycięcie tęczówki	Kategoria IV
C60	Operacje filtrujące tęczówki	Kategoria III
C62	Nacięcie tęczówki	Kategoria IV

Komorę przednią gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)

C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C73	Nacięcie torebki soczewki	Kategoria V

Siatkówka i inne części oka (C79 – C82)

C79	Operacje ciała szklistego	Kategoria III
C81	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	Kategoria IV
C82	Zniszczenie zmiany siatkówki	Kategoria IV

Ucho zewnętrzne i przewód słuchowy zewnętrzny (D04)

D04	Drenaż ucha zewnętrznego	Kategoria V
-----	--------------------------	-------------

Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe (D10 – D19)

D10	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	Kategoria II
D14	Operacje naprawcze błony bębenkowej	Kategoria III
D15	Drenaż ucha środkowego	Kategoria V
D16	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	Kategoria III
D19	Wycięcie zmiany ucha środkowego	Kategoria IV

Nos (E01 – E09)

E01	Amputacja (resekcja) nosa	Kategoria III
E02	Operacje plastyczne nosa	Kategoria III
E03	Operacje przegrody nosa	Kategoria V
E04	Operacje małżowiny nosa	Kategoria V
E05	Chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	Kategoria IV
E06	Tamponada nosa tylna	Kategoria V
E09	Operacje nosa zewnętrznego	Kategoria V

Zatoki przynosowe (E12 – E17)

E12	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	Kategoria IV
E14	Operacje zatoki czołowej	Kategoria IV
E15	Operacje zatoki klinowej	Kategoria IV
E17	Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	Kategoria V

Gardło (E19 – E24)

E19	Wycięcie gardła	Kategoria I
E21	Operacje naprawcze gardła	Kategoria III
E24	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	Kategoria III

Krtani (E29 – E34)

E29	Wycięcie krtani	Kategoria III
E30	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	Kategoria III
E31	Odtworzenie krtani	Kategoria I
E34	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	Kategoria IV

Tchawica i oskrzela (E39 – E48)

E39	Częściowe wycięcie tchawicy	Kategoria I
E40	Operacje plastyczne tchawicy	Kategoria III
E41	Otwarta implantacja protezy tchawicy	Kategoria III
E42	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	Kategoria IV
E44	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	Kategoria III
E46	Częściowe wycięcie oskrzela	Kategoria III

E48 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych
Kategoria III

Płuca i śródpiersie (E53 – E62)

E53 Przeszczep płuca
Kategoria I
E54 Wycięcie płuca
Kategoria I
E55 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca
Kategoria I
E61 Otwarte operacje śródpiersia
Kategoria IV
E62 Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu
Kategoria III

Język i podniebienie (F22 – F29)

F22 Wycięcie języka
Kategoria III
F23 Wycięcie zmiany w obrębie języka
Kategoria V
F24 Nacięcie języka
Kategoria V
F28 Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia
Kategoria V
F29 Korekcja zniekształcenia podniebienia
Kategoria IV

Jama ustna (F38 – F39)

F38 Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej
Kategoria V
F39 Odtworzenie innej części jamy ustnej
Kategoria IV

Ślinianki (F44 – F55)

F44 Wycięcie ślinianki
Kategoria IV
F45 Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki
Kategoria IV
F52 Podwiązanie przewodu ślinianki
Kategoria V
F55 Poszerzenie przewodu ślinianki
Kategoria V

Przełyk (G01 – G14)

G01 Wycięcie przełyku i żołądka
Kategoria I
G02 Całkowite wycięcie przełyku
Kategoria I
G03 Częściowe wycięcie przełyku
Kategoria III
G04 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku
Kategoria III
G05 Zespolenie omijające przełyku
Kategoria II
G06 Rewizja zespolenia przełykowego
Kategoria III
G07 Operacja naprawcza przełyku
Kategoria I
G08 Wytworzenie przetoki przełykowej
Kategoria III
G11 Otwarta implantacja protezy przełyku
Kategoria III
G14 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku
Kategoria V

Żołądek z odźwiernikiem oraz endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (G27 – G43)

G27 Całkowite wycięcie żołądka
Kategoria I
G28 Częściowe wycięcie żołądka
Kategoria II
G29 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka
Kategoria III
G30 Operacje plastyczne żołądka
Kategoria III
G31 Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze
Kategoria III
G32 Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym
Kategoria III
G34 Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)
Kategoria III
G35 Operacje wrzodu żołądka
Kategoria III
G40 Nacięcie odźwiernika
Kategoria III
G43 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego
Kategoria V

Dwunastnica (G49 – G54)

G49 Wycięcie dwunastnicy
Kategoria III
G50 Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy
Kategoria II
G51 Zespolenie omijające dwunastnicę
Kategoria III
G52 Operacje wrzodu dwunastnicy
Kategoria III
G54 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy
Kategoria V

Jelito czcze (G58 – G64)

G58 Wycięcie jelita czczego
Kategoria III
G59 Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego
Kategoria III
G60 Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)
Kategoria III
G61 Zespolenie omijające jelito czcze
Kategoria III
G64 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego
Kategoria III

Jelito kręte (G69 – G79)

G69 Wycięcie jelita krętego
Kategoria III
G70 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego
Kategoria III
G71 Zespolenie omijające jelito kręte
Kategoria III
G73 Rewizja zespolenia jelita krętego
Kategoria III
G74 Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)
Kategoria III
G75 Operacyjna rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)
Kategoria III
G76 Wewnątrzbrzuszne manipulacje na jelicie krętym
Kategoria III
G79 Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego
Kategoria III

Okrężnica (H04 – H20)

H04 Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy
Kategoria I
H05 Całkowite wycięcie okrężnicy
Kategoria I
H06 Wycięcie prawej połowy okrężnicy
Kategoria II
H08 Wycięcie poprzeczny
Kategoria II
H09 Wycięcie lewej połowy okrężnicy
Kategoria II
H10 Wycięcie esicy
Kategoria II
H12 Operacyjne wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy
Kategoria III
H13 Zespolenie omijające okrężnicę
Kategoria III
H14 Wyłonienie kątnicy (cekostomia)
Kategoria III
H16 Nacięcie okrężnicy
Kategoria III
H17 Wewnątrzbrzuszne manipulacje na okrężnicy
Kategoria III
H18 Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu
Kategoria III
H20 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie jelita grubego
Kategoria V

Odbytnica (H33 – H42)

H33 Wycięcie odbytnicy
Kategoria II
H34 Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy
Kategoria III
H40 Przezzwieraczowe operacje odbytnicy
Kategoria III
H42 Operacje z powodu wypadania odbytnicy
Kategoria III

Wątroba (J02 – J10)

J02 Wycięcie płata lub segmentu wątroby
Kategoria I
J03 Wycięcie zmiany w obrębie wątroby
Kategoria III
J04 Operacja naprawcza wątroby
Kategoria II
J05 Nacięcie wątroby
Kategoria IV
J08 Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu
Kategoria IV
J10 Zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby
Kategoria IV

Pęcherzyk żółciowy (J18 – J24)

J18 Wycięcie pęcherzyka żółciowego
Kategoria IV
J24 Przeszkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego
Kategoria IV

Przewody żółciowe (J27 – J49)

J27 Wycięcie przewodu żółciowego
Kategoria II
J28 Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego
Kategoria III
J29 Zespolenie przewodu wątrobowego
Kategoria I
J30 Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego
Kategoria III
J31 Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego
Kategoria III
J32 Operacja naprawcza przewodu żółciowego
Kategoria II
J33 Nacięcie przewodu żółciowego
Kategoria III
J40 Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych
Kategoria IV
J42 Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych
Kategoria IV
J46 Przeszkórna rewizja zespolenia dróg żółciowych
Kategoria IV
J47 Przeszkórna implantacja protezy dróg żółciowych
Kategoria IV
J49 Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T
Kategoria IV

Trzustka (J55 – J66)

J55 Całkowite wycięcie trzustki
Kategoria I
J56 Wycięcie głowy trzustki
Kategoria I
J58 Wycięcie zmiany w obrębie trzustki
Kategoria III
J59 Zespolenie przewodu trzustkowego
Kategoria II
J61 Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki
Kategoria III
J62 Nacięcie trzustki
Kategoria III
J66 Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki
Kategoria V

Śledziona (J69)

J69 Całkowite wycięcie śledziony
Kategoria III

Osierdzie (K67 – K69)

K67 Wycięcie osierdzia
Kategoria I
K68 Drenaż osierdzia
Kategoria II
K69 Przecięcie osierdzia
Kategoria IV

Tętnica płucna (L07 – L13)

L07 Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej
Kategoria I
L10 Operacja naprawcza tętnicy płucnej
Kategoria I
L13 Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia
Kategoria II

Tętnica główna (aorta) (L16 – L26)		
L16	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	Kategoria I
L18	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	Kategoria I
L22	Rewizja protezy aortalnej	Kategoria I
L23	Operacja naprawcza aorty	Kategoria I
L26	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	Kategoria II

Tętnica szyjna, tętnice mózgowe, tętnica podobojczykowa (L29 – L39)

L29	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	Kategoria I
L31	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	Kategoria II
L33	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	Kategoria I
L35	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	Kategoria II
L37	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	Kategoria I
L39	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	Kategoria II

Odgałęzienia aorty brzusznej (L41 – L47)

L41	Odtworzenie tętnicy nerkowej	Kategoria I
L43	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	Kategoria II
L45	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	Kategoria I
L47	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	Kategoria II

Tętnica biodrowa i tętnica udowa (L48 – L63)

L48	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L52	Odtworzenie tętnicy biodrowej	Kategoria I
L54	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	Kategoria II
L56	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	Kategoria I
L60	Odtworzenie tętnicy udowej	Kategoria I
L63	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	Kategoria III

Inne tętnice (L65 – L71)

L65	Rewizja odtworzonej tętnicy	Kategoria II
L67	Wycięcie innej tętnicy	Kategoria II
L68	Operacja naprawcza innej tętnicy	Kategoria II
L71	Zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	Kategoria IV

Nerki (M02 – M15)

M02	Całkowite wycięcie nerki	Kategoria II
M03	Częściowe wycięcie nerki	Kategoria III
M04	Wycięcie zmiany w nerce	Kategoria III
M05	Operacja naprawcza nerki	Kategoria III
M06	Nacięcie nerki	Kategoria III
M15	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	Kategoria III

Moczowód (M18 – M32)

M18	Wycięcie moczowodu	Kategoria III
M19	Odprowadzenie moczu przez przetokę	Kategoria II
M20	Ponowne wszczępienie moczowodu	Kategoria III
M22	Operacja naprawcza moczowodu	Kategoria III
M23	Nacięcie moczowodu	Kategoria III
M26	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	Kategoria III
M27	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	Kategoria IV
M32	Operacje ujścia moczowodu	Kategoria IV

Pęcherz moczowy (M34 – M42)

M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III

Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego.

Gruczoł krokowy (prostata) (M56 – M65)

M56	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	Kategoria IV
-----	--	--------------

M61	Wycięcie gruczołu krokowego	Kategoria III
M65	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	Kategoria III

Cewka moczowa i inne części układu moczowego (M72 – M81)

M72	Wycięcie cewki moczowej	Kategoria III
M73	Operacja naprawcza cewki moczowej	Kategoria III
M76	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	Kategoria IV
M81	Operacje ujścia cewki moczowej	Kategoria V

Moszna i jądra (N01 – N11)

N01	Wycięcie moszny	Kategoria IV
N05	Obustronne wycięcie jąder	Kategoria III
N07	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	Kategoria IV
N08	Obustronna implantacja jąder do moszny	Kategoria III
N10	Proteza jądra	Kategoria IV
N11	Operacja wodniaka jądra	Kategoria IV

Powróżek nasienny i krocze (mężczyźni) (N15 – N24)

N15	Operacje najądrza	Kategoria IV
N17	Wycięcie nasieniowodu	Kategoria V
N18	Operacja naprawcza powróżka nasiennego	Kategoria III
N22	Operacje pęcherzyków nasiennych	Kategoria III
N24	Operacje krocza u mężczyzn	Kategoria V

Prącie i inne męskie narządy płciowe (N26 – N30)

N26	Amputacja prącia	Kategoria III
N27	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	Kategoria IV
N28	Operacja plastyczna prącia	Kategoria IV
N29	Proteza prącia	Kategoria V
N30	Operacje napletka	Kategoria V

Srom i krocze kobiece (P01 – P11)

P01	Operacje lechtaczki	Kategoria V
P05	Wycięcie sromu	Kategoria III
P06	Wycięcie zmiany w obrębie sromu	Kategoria V
P07	Operacja naprawcza sromu	Kategoria V
P11	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	Kategoria V

Pochwa (P14 – P31)

P14	Nacięcie kanału pochwy	Kategoria V
P17	Wycięcie pochwy	Kategoria V
P20	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	Kategoria IV
P21	Operacja plastyczna pochwy	Kategoria V
P22	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	Kategoria IV
P24	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	Kategoria V
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q07	Wycięcie macicy	Kategoria III
Q17	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	Kategoria III

Jajowód (Q22 – Q32)

Q22	Obustronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria III
Q23	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	Kategoria IV
Q25	Częściowe wycięcie jajowodu	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik (Q43 – Q45)

Q43	Częściowe wycięcie jajnika	Kategoria V
Q44	Zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	Kategoria III
Q45	Operacja naprawcza jajnika	Kategoria V

Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona (T01 – T15)

T01	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T02	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	Kategoria II
T07	Otwarte wycięcie opłucnej	Kategoria II
T08	Drenaż opłucnej	Kategoria III
T10	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	Kategoria IV
T12	Nakłucie opłucnej	Kategoria V
T13	Wprowadzenie substancji do opłucnej	Kategoria V
T15	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	Kategoria I

Ściana brzucha (T20 – T30)

T20	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	Kategoria IV
T21	Operacja nawrotowej przepukliny pachwinowej	Kategoria III
T22	Pierwotna operacja przepukliny udowej	Kategoria III
T23	Operacja nawrotowej przepukliny udowej	Kategoria III

T24	Operacja przepukliny pępkowej	Kategoria IV	V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria IV	V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III	V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III
T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria IV	V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
T29	Operacje pępka	Kategoria III	V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV	V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
Otrzewna (T33 – T42)			V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV	V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV	V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III	V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III	V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II
T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III	Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)		
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV	W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV	W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)			W04	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	Kategoria III
T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V	Kości (W05 – W35)		
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V	W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV	W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	Kategoria V	W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V	W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V	W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV	W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV	W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
Ścięgna (T65 – T71)			W18	Drenaż kości	Kategoria IV
T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV	W19	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV	W20	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV	W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V	W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
T71	Wycięcie pochewki ścięgna	Kategoria IV	W24	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	Kategoria III
Mięśnie (T76 – T80)			W25	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	Kategoria III
T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I	W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV
T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V	W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III	W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV	Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)		
Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)			X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
V01	Plastyka czaszki	Kategoria II	X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I	X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV	X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV	X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III	X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III	X09	Amputacja nogi	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV	X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III	X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV	X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV	X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II
V17	Stabilizacja żuchwy	Kategoria IV			
V20	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	Kategoria III			
Kości i stawy kręgosłupa (V22 – V46)					
V22	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I			
V23	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria II			
V24	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I			
V25	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I			
V26	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I			
V27	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	Kategoria II			
V29	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I			
V30	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	Kategoria I			