

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

OWU/TRM3/1/2025

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

nr OWU/TRM3/1/2025	4
Art. 1 Definicje	4
Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	10
Art. 4 Tryb zawarcia Umowy ubezpieczenia	10
Art. 5 Czas trwania Umowy ubezpieczenia. Wiek Ubezpieczonego	11
Art. 6 Wyznaczanie Uposażonych	11
Art. 7 Przedłużenie Umowy ubezpieczenia	11
Art. 8 Obowiązki Ubezpieczyciela	11
Art. 9 Obowiązki Ubezpieczonego	11
Art. 10 Składka całkowita	12
Art. 11 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób wypłaty świadczeń	12
Art. 12 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego (kody: TRM, ADR, ADT, WADR)	12
Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego (kod: PDR)	13
Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDW)	14
Art. 15 Wypłata świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego (kod: TPD)	14
Art. 16 Wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego (kod: LHB)	14
Art. 17 Wypłata świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (kody: HDB, AHDB)	14
Art. 18 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci małżonka (kod: DSB)	15
Art. 19 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SADR)	15
Art. 20 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka (kod: DPB), narodzin Dziecka (kod: BCB), śmierci Dziecka (kod: DCB), narodzin martwego Dziecka (kod: SBB), osierocenia Dziecka (kod: OCB)	15
Art. 21 Wypłata świadczenia z tytułu operacji (kod: MSR+) lub operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR)	16
Art. 22 Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego kod: (CIB_A lub CIB_B)	16
Art. 23 Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	17
Art. 24 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia	20
Art. 25 Czy Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia?	21
Art. 26 Reklamacje	21
Art. 27 Przekazywanie korespondencji	21
Art. 28 Opodatkowanie świadczeń	21

Art. 29 Zmiana systemu monetarnego	22
Art. 30 Prawo właściwe, rozstrzyganie sporów	22
Art. 31 Wejście w życie warunków	22

Załącznik do ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

Tabela orzecznicza dla oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	33
--	----

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie – TRM3/1/2025 (OWU)

Informacje zawarte w OWU	Nr Artykułu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art.12, Art. 13, Art. 14, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18, Art. 19, Art. 20, Art. 21, Art. 22
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 23, Art. 25
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TRM3/1/2025

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: TRM3 i są jej integralną częścią.

Art. 1 Definicje

W Ogólnych warunkach indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie TRM3 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Ubezpieczyciel**” – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) „**Ubezpieczający – Ubezpieczony**” – osoba, której życie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia i która zawarła Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem oraz zobowiązała się do opłacania Składki całkowitej. W dalszej części Warunków osoba ta nazywana jest „Ubezpieczonym”.
- 3) „**Uposażony**” – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadku śmierci Ubezpiezonego w przypadkach wskazanych w Warunkach.
- 4) „**Małżonek**” – osoba, która w dniu swojej śmierci lub śmierci swojego Rodzica pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim.
- 5) „**Rodzic**” – naturalny ojciec lub matka Ubezpiezonego, a w przypadku przysposobienia Ubezpiezonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 6) „**Rodzic Małżonka**” – naturalny ojciec lub matka Małżonka, a w przypadku przysposobienia Małżonka – osoba, która dokonała jego przysposobienia.
- 7) „**Dziecko**” – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpiezonego w wieku do 25 lat.
- 8) „**Umowa ubezpieczenia**” – umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oznaczona kodem: TRM3.
- 9) „**Umowa grupowego ubezpieczenia na życie**” – umowa ubezpieczenia grupowego uwzględniająca opcję indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawarta z Ubezpieczycielem, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową.
- 10) „**Pracodawca**” – ubezpieczający z Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- 11) „**Dokument ubezpieczenia**” – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.
- 12) „**Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności**” – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- 13) „**Wiek Ubezpiezonego**” – liczba ukończonych lat życia Ubezpiezonego.
- 14) „**Miesiąc polisowy**” – miesiąc zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
- 15) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpiezonego zdarzenie, które nastąpiło w okresie obejmowania Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową i które stało się bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków umowy za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej oraz fizycznych obrażeń ciała Ubezpiezonego wynikających z przeciężenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia.
- 16) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia odrębnie dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, będąca podstawą do obliczenia kwoty świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w Warunkach.
- 17) „**Składka całkowita**” – kwota przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, opłacana w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
- 18) „**Niezdolność do pracy**” – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i mająca swój

- początek w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia.
- 19) **„Trwałe częściowe inwalidztwo”** – następujące uszkodzenia ciała Ubezpieczonego powstałe wskutek Nieszczęśliwego wypadku: utrata ramienia, przedramienia, dłoni, palca u dłoni, nogi, podudzia, stopy, palca u stopy, wzroku, słuchu, mowy.
- 20) **„Trwałe całkowite inwalidztwo”** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które spowodowało trwałą, całkowitą i nieodwracalną niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.
- 21) **„Utrata”** – fizyczna utrata części ciała lub całkowita i nieodwracalna utrata władzy w organie lub części ciała.
- 22) **„Trwałe inwalidztwo”** – trwałe całkowite inwalidztwo lub trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 23) **„Wypadek komunikacyjny”** – nagły, niezależny od woli Ubezpieczonego i wywołany przyczyną zewnętrzną Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w ruchu drogowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
- pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym;
 - pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego lub wodnego, który uległ wypadkowi bądź katastrofie;
 - rowerzysta;
 - pieszy.
- 24) **„Wypadek przy pracy”** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego Ubezpieczonego z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego i który nastąpił:
- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych;
 - b) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - c) w czasie trwania podróży służbowej.
- 25) **„Trwały uszczerbek na zdrowiu”** – naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.
- 26) **„Szpital”** – 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 umowy dodatkowej Szpitalem nie jest 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.
- 27) **„Pobyty w szpitalu”** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Warunkach stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany również w przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie przeniesiony do innego szpitala. W rozumieniu Warunków za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w szpitalu, którego celem była rehabilitacja lub rekonwalescencja.
- 28) **„Dzień pobytu w szpitalu”** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia (do godz. 24.00).
- 29) **„Dziennie świadczenie szpitalne”** – kwota określona w polisie będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
- 30) **„OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)”** – wydzielony oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia specjalistycznego, stałej opieki i nadzoru, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych.
- 31) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 32) **„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; w rozumieniu Warunków za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu.
- 33) **„Choroba psychiczna”** – zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 34) **„Wady wrodzone”** – odchylenia od prawidłowej budowy tkanek, narządów lub całego ciała powstałe w okresie życia płodowego, i rozpoznane zgodnie z kwalifikacją Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).
- 35) **„Poważne zachorowanie”** – tylko takie schorzenie Ubezpieczonego lub procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, o której mowa w Art. 2.
- 36) **„Grupy poważnych zachorowań lub zabiegów”** – grupy wskazujące poważne zachorowania lub zabiegi wyłączone z zakresu ubezpieczenia po wypłacie pierwszego i kolejnych świadczeń z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego. W ramach poszczególnych Grup wyróżniamy następujące poważne zachorowania lub zabiegi:
- a) **Grupa I** – niewydolność nerek, schyłkowa niewydolność wątroby, przeszczep narządów, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, śpiączka, choroba Creutzfeldta-Jakoba, HIV;

- b) **Grupa II** – zawał serca, operacje pomostowania naczyń wieńcowych by-pass, angioplastyka tętnic wieńcowych, operacja zastawek serca, udar mózgu, operacja aorty;
- c) **Grupa III** – nowotwór złośliwy, anemia aplastyczna, niezłośliwy guz mózgu;
- d) **Grupa IV** – utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, ciężkie oparzenia.
- 37) „**Operacja**” – zabieg wymagający nacięcia skóry lub innych tkanek przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym w Szpitalu przez Lekarza uprawnionego do jego wykonania w obecności anestezjologa. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia urazów lub objawów Choroby spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem oraz wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby. Ubezpieczyciel odpowiada jedynie za operacje wymienione w Załączniku do Warunków.
- 38) „**Reklamacja**” – wystąpienie skierowane do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.

Art. 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie Ubezpieczonego, życie i zdrowie Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka oraz Dziecka. Poniższa tabela przedstawia maksymalny możliwy zakres zdarzeń ubezpieczeniowych wraz z maksymalnymi sumami ubezpieczenia dla umów ubezpieczenia zawartych:
- w pierwszym roku indywidualnej kontynuacji („**Faza I**”),
 - w kolejnych latach indywidualnej kontynuacji do dnia ukończenia 55 roku życia („**Faza II**”),
 - w kolejnych latach indywidualnej kontynuacji po ukończeniu 55 roku życia, ale przed dniem ukończenia 65 roku życia („**III Faza**”),
 - w kolejnych latach indywidualnej kontynuacji po ukończeniu 65 roku życia („**IV Faza**”).

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Faza I	Faza II	Faza III	Faza IV
Śmierć Ubezpieczonego	40 000	20 000	15 000	8 000
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	40 000	20 000	15 000	8 000
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	40 000	20 000	15 000	-
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy	40 000	20 000	-	-
Trwałe całkowite lub częściowe inwalidztwo	40 000	20 000	15 000	10 000
Niezdolność do pracy spowodowana NW	40 000	20 000	-	-
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW – 24h	40 000	20 000	15 000	-
Poważne zachorowania Ubezpieczonego	10 000	4 500	3 000	-

Śmierć Małżonka	15 000	10 000	9 000	8 000
Śmierć Małżonka spowodowana NW	15 000	10 000	9 000	8 000
Śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka	3 000	1 200	500	-
Narodzenie dziecka	1 500	800	-	-
Osierocenie dziecka	5 000	3 000	-	-
Śmierć dziecka	5 000	3 000	-	-
Martwe narodzenie dziecka	2 500	1 200	-	-
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	75	40	-	-
Pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	75	40	-	-
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	10 000	5000	-	-
Operacja ubezpieczonego	3 000	1500	-	-
Operacja Ubezpieczonego wskutek NW	3 000	1500	-	-

2. Zakres ubezpieczenia może obejmować tylko te ze zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych poniżej, z tytułu których Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie w dniu wygaśnięcia tej ochrony. Zakres ubezpieczenia może obejmować następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
- śmierć Ubezpieczonego (**kod: TRM**),
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR**), pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT**), pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (**kod: WADR**), pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego (**kod: PDR**), spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, obejmujące:
 - trwałe całkowite inwalidztwo, pod warunkiem że:
 - nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - trwało nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu;
 - trwałe częściowe inwalidztwo, pod warunkiem, że nastąpiło ono nie później niż przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
 - niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW**), pod warunkiem że:

- l) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- ll) trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu liczonego od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku oraz utrzymuje się po upływie tego okresu;
- g) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (**kod: LHB**) spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem;
- h) niezdolność Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD**), pod warunkiem że:
 - I) nastąpiła ona nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - II) spowodowana była chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem – trwała nieprzerwanie od momentu nastąpienia do zakończenia 12-miesięcznego okresu, rozpoczynając swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - III) utrzymuje się po upływie okresu wskazanego powyżej (pkt II);
- i) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: AHDB**) obejmujący:
 - I) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - II) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku. jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- j) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (**kod: HDB**) obejmujący:
 - I) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą;
 - II) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - III) pobyt Ubezpieczonego na OIOM spowodowany bezpośrednim zagrożeniem życia; jeśli rozpoczęły się one w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- k) śmierć Małżonka (**kod: DSB**);
- l) śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego wypadku (**kod: SADR**), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Śmierć Małżonka nie może nastąpić później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- m) śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka (**kod: DPB**);
- n) narodziny Dziecka (**kod: BCB**);
- o) śmierć Dziecka (**kod: DCB**);
- p) narodziny martwego Dziecka (**kod: SBB**);
- q) osierocenie Dziecka (**kod: OCB**);
- r) Operację Ubezpieczonego spowodowaną chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR+**), przy czym Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek muszą mieć miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. W przypadku Operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem operacja nie może rozpocząć się później niż przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- s) Operację Ubezpieczonego spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: MSR**), który miał miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem że Operacja rozpoczęła się przed upływem 60 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- t) wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących poważnych zachorowań w ramach opcji podstawowej (**kod: CIB_A**) w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową:
 - I) **Nowotwór (guz) złośliwy**: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Za datę rozpoznania nowotworu przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są:
 - rak przedinwazyjny (carcinoma in situ),
 - dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - nowotwór gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania T1bN0M0 lub wyższym,
 - rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
 - II) **Łagodny nowotwór mózgu**: wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny.
 - III) **Zawał serca**: rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą

99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- Typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- Jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

IV) **Udar mózgu:** martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

V) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.

VI) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje

angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

VII) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

VIII) **Utrata wzroku:** całkowita i nieodwracalna obuoczną utratą wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

IX) **Utrata słuchu:** całkowita i nieodwracalna obuuszną utratą słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

X) **Utrata mowy:** całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

u) wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z poważnych zachorowań określonych w ramach opcji rozszerzonej (**kod: CIB_B**) w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową. Opcja rozszerzona obejmuje

zdarzenia ubezpieczeniowe określone w opcji podstawowej (**kod: CIB_A**) oraz następujące zdarzenia:

- I) **Operacja aorty:** operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
- II) **Operacja zastawek serca:** pierwsza w życiu operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę kardiologa.
- III) **Stwardnienie rozsiane:** choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda (Revised McDonald Criteria 2005 – Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald criteria”. Ann Neurol 2005; 58: 840-6). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe, ale nie udowodnione.
- IV) **Ciężkie oparzenia:** oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała.
- V) **Anemia aplastyczna:** przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
- przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - podawanie preparatów stymulujących szpik;
 - podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - przeszczepienie szpiku kostnego.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.
- VI) **Schyłkowa niewydolność wątroby:** schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
 - trwała żółtaczką;
 - żylaki przełyku;
 - encefalopatia wrotna.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych wskutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

VII) **Angioplastyka tętnic wieńcowych:** zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu musi wynikać z istnienia angiograficznie potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej.

VIII) **Śpiączka:** stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających oraz śpiączki farmakologicznej.

IX) **Choroba Parkinsona:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie choroby Parkinsona postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o istnienie postępujących i trwałych ubytków neurologicznych powodujących u Ubezpieczonego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 z listy podstawowych potrzeb życiowych pomimo prowadzenia optymalnego leczenia farmakologicznego, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywianie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje choroby Parkinsona spowodowanej stosowaniem leków lub wpływem substancji toksycznych.

X) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba:** niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej (bez pomocy innych osób) egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości minimum 3 czynności z listy podstawowych potrzeb życiowych, do których zalicza się:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego kładzenia się do łóżka

- i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela;
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego przemieszczenia się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywanie się – możliwość samodzielnego przenoszenia pokarmów z talerza do ust.

XI) **Zakażenie wirusem HIV:** zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:

- przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
- jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, ratownika medycznego, asystenta medycznego, pracownika laboratorium, pracownika personelu pomocniczego szpitala, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie będące powodem roszczenia musi nastąpić w okresie ważności Polisy i musi być zgłoszone Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy, licząc od daty zdarzenia;
- przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV.

3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 2 pkt t oraz u, Ubezpieczyciel przyjmuje:
 - a) w przypadku nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek, utraty wzroku, utraty słuchu, stwardnienia rozsianego, ciężkiego oparzenia, anemii plastycznej, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, choroby Parkinsona, choroby Creutzfeldta-Jakoba, zarażenia wirusem HIV – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej zgodnej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania,

- b) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (by-pass), operacji aorty, operacji zastawek serca, angioplastyki naczyń wieńcowych – dzień zabiegu operacyjnego,
- c) w przypadku przeszczepienia narządów – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
- d) w przypadku utraty mowy – ostatni dzień podanego w ust. 2 pkt odpowiednio t ppkt. X dwunastomiesięcznego okresu.

4. Poszczególne zdarzenia ubezpieczeniowe oznaczone są kodem literowym, który zostanie przedstawiony na dokumencie ubezpieczenia. Oznaczenie cyfrowe dołączane do kodu ma jedynie charakter porządkowy i nie ma wpływu na warunki ubezpieczenia.

Art. 3 Zakres i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia określonego w dokumencie ubezpieczenia jako Dzień Rozpoczęcia Odpowiedzialności, o ile zostały spełnione wymogi określone w Art. 4 ust. 3.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia przez 24 godziny na dobę oraz na całym świecie, z wyłączeniem Operacji, o których mowa w Art. 2 ust. 2 pkt r, s.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poniżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych wygasa bez możliwości kontynuowania w przypadku:
 - a) wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (**kod: PDW**);
 - b) wypłaty świadczenia w łącznej wysokości 200% z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego (**kod: PDR**),
 - c) wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (**kod: LHB**);
 - d) wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania (**kod: CIB_A lub CIB_B**), jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I;
 - e) wypłaty trzeciego z kolei świadczenia z tytułu poważnego zachorowania (**kod: CIB_A lub CIB_B**).
 - f) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu operacji Ubezpieczonego (**kod: MSR lub MSR+**);
 - g) wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD**).

Art. 4 Tryb zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczony zgłasza Ubezpieczycielowi chęć zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 30 dni od momentu wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku Ubezpieczonego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela.
3. Do zawarcia umowy niezbędne jest:
 - a) złożenie Ubezpieczycielowi wniosku nie później niż w ciągu 14 dni od momentu doręczenia Ubezpieczonemu formularza wniosku,
 - b) przyjęcie i zaakceptowanie wniosku przez Ubezpieczyciela,
 - c) opłacenie pierwszej Składki całkowitej nie później niż w ciągu 14 dni od momentu doręczenia Ubezpieczonemu formularza wniosku.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu określonym w polisie.
5. Prawo do zawarcia Umowy ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, w stosunku do którego ochrona z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia na życie wygasła z powodu:
 - a) rozwiązania stosunku prawnego łączącego Pracodawcę z Ubezpieczonym albo
 - b) rozwiązania Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
6. W przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie na warunkach szczególnych, tj. w przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie z uwzględnieniem takich samych Warunków szczególnych. Ubezpieczyciel w formie pisemnej informuje Ubezpieczonego o podwyższeniu Składki całkowitej wynikającym z odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony znajduje się na liście sankcyjnej, w szczególności, jeżeli niezbędne jest zastosowanie szczególnych środków ograniczających, o których mowa w przepisach prawa dotyczących przeciwdziałaniu prania pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
8. Nationale-Nederlanden ma prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia oraz do rozwiązania istniejącej umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy nie będzie można zastosować środków bezpieczeństwa finansowego, o których mowa w przepisach prawa dotyczących przeciwdziałaniu prania pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

Art. 5 Czas trwania Umowy ubezpieczenia. Wiek Ubezpieczonego

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 15 lat.

Art. 6 Wyznaczanie Uposażonych

1. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać Uposażonego, zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie jest wypłacane Uposażonym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego.

Art. 7 Przedłużenie Umowy ubezpieczenia

1. Najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczyciel może, lecz nie jest zobowiązany, przekazać Ubezpieczonemu informacje o możliwości przedłużenia Umowy na okres kolejnego roku. W tej informacji Ubezpieczyciel przedstawia warunki, na podstawie których Umowa ubezpieczenia może być przedłużona, określając jednocześnie wysokość Składki całkowitej. Wysokość Składki całkowitej jest obliczana zgodnie z Art. 10 ust. 1.
2. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia nastąpi o ile Ubezpieczający opłaci Składkę całkowitą w wysokości i terminie wskazanym przez Nationale-Nederlanden w propozycji przedłużenia umowy.

Art. 8 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. 9 Obowiązki Ubezpieczonego

1. Ubezpieczony obowiązany jest do opłacania Składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony jest obowiązany do informowania Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych oraz teled adresowych.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy poważne zachorowanie

Ubezpieczonego jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy ubezpieczenia.

4. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w Art. 2 ust. 2 pkt t, u, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzone są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy uszczerbek na zdrowiu, niezdolność do pracy lub trwałe inwalidztwo, którego doznał Ubezpieczony, jest zdarzeniem objętym zakresem Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w Art. 2 ust. 2 pkt r, s Ubezpieczony jest zobowiązany zapewnić Ubezpieczycielowi dostęp do dotyczącej go pełnej dokumentacji medycznej.

Art. 10 Składka całkowita

1. Składka całkowita jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności lub w dniu przedłużenia Umowy ubezpieczenia, czasu trwania Umowy ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki całkowitej oraz z uwzględnieniem rodzaju wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy oraz jego stanu zdrowia w dniu przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Składka całkowita może zostać podwyższona jedynie w związku z przedłużeniem Umowy ubezpieczenia.
3. Składka całkowita może zostać obniżona jedynie w związku ze zmianą zakresu ubezpieczenia spowodowaną wypłatą świadczenia, o której mowa w Art. 3 ust. 5.
4. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych przez Ubezpieczyciela w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności), począwszy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia tej umowy, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Za datę opłacenia Składki całkowitej uważa się datę uznania rachunku bankowego, wskazanego przez Nationale-Nederlanden, kwotą Składki całkowitej w pełnej wysokości.
6. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
7. Częstotliwość opłacania Składki całkowitej ustala Ubezpieczony we wniosku o ubezpieczenie.
8. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie;
 - b) kwartalnie;
 - c) półrocznie;
 - d) rocznie, za okres, na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub na który została przedłużona.
9. Ubezpieczony nie może w czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić częstotliwości opłacania Składki całkowitej.

10. Obowiązek opłacania Składki całkowitej ustaje z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

Art. 11 Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Sposób wypłaty świadczeń.

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem (dowód osobisty, mDowód, paszport) potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego;
 - b) urzędowym dokumentem (dowód osobisty, mDowód, paszport) potwierdzającym tożsamość Uposażonego lub uprawnionego do świadczenia – o ile z wnioskiem o wypłatę świadczenia występuje osoba inna niż Ubezpieczony;
 - c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. W zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego podstawą do wypłaty świadczenia są także dokumenty, o których mowa w Art. 12-22.
4. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.
5. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony, Uposażony lub inna 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 (kody: TRM, ADR, ADT, WADR)

1. Uposażony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia przynajmniej jednego z następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - a) śmierć Ubezpieczonego (**kod: TRM**);
 - b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (**kod: ADR**);
 - c) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (**kod: ADT**);
 - d) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (**kod: WADR**); – chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę

- śmierci Ubezpieczonego wystawionego przez Lekarza lub stosowne władze. Dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez organ lub instytucję wydającą dany dokument, notariusza albo przez osobę reprezentującą Nationale-Nederlanden;
- c) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku w pracy;
 - d) protokołu powypadkowego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, właściwej dla zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w ust. 1a.
 4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia właściwej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w ust. 1 pkt b, c i d obowiązującej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, z uwzględnieniem Art. 2 ust. 2 pkt b, c i d.
 5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
 6. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności według następujących kategorii:
 - a) małżonek;
 - b) dzieci;
 - c) wnuki;
 - d) rodzice;
 - e) rodzeństwo;
 - f) dzieci rodzeństwa.
 7. 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.
 8. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 6 świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

Art. 13 Wypłata świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa ubezpieczonego (kod: PDR)

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości:
 - a) Sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - b) odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego,
 - c) wyższej z kwot, o których mowa w pkt a) oraz b), jeżeli zachodzą przesłanki do uznania uszkodzenia ciała Ubezpieczonego jednocześnie za trwałe częściowe inwalidztwo oraz za trwałe całkowite inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

2. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego inwalidztwa nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego z Nieszczęśliwych wypadków.
3. Podstawą do obliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nastąpiło trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego, 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%

5. W przypadku utraty co najmniej dwóch części ciała wymienionych w powyższej tabeli w obrębie tej samej kończyny kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela będzie równa największej wartości świadczenia należnej za jedną z utraconych części ciała.
6. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
7. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa po wystawieniu dokumentu potwierdzającego to inwalidztwo przez uprawniony organ lub po złożeniu wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
8. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;

- c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia;
- d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

Art. 14 Wypłata świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod: PDW)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
3. Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy po upływie 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
 - d) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.

Art. 15 Wypłata świadczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego (kod: TPD)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowania Choroby będących przyczyną Niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentów potwierdzających okoliczności Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) orzeczenia o całkowitej Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych.
4. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy lub zdolności do samodzielnej egzystencji.

5. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może wypłacić świadczenie przed upływem okresu, o którym mowa w Art. 2 pkt h II.
6. Warunkiem wypłaty świadczenia jest brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy.

Art. 16 Wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego (kod: LHB)

1. Świadczenie stanowiące odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 6, oraz na podstawie wyników badań lekarskich, o których mowa w Art. 9 ust. 5.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego, nie później niż po upływie 3 lat od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku. Jeśli przed Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczony doznał utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, procent trwałego Uszczerbku na zdrowiu Nationale-Nederlanden obliczy jako różnicę między stanem po tym wypadku a stanem jaki miał miejsce przed nim. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zatwierdzoną przez Ubezpieczyciela i stanowiącą załącznik do Warunków.
5. Suma świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia ostatniego Nieszczęśliwego wypadku.
6. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 17 Wypłata świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (kody: HDB, AHDB)

1. Świadczenie w wysokości wielokrotności dziennego świadczenia szpitalnego zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - a) 3 kolejne dni – jeżeli pobyt był spowodowany Chorobą. Dienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu za każdy dzień pobytu w szpitalu;
 - b) 1 dzień – jeżeli pobyt był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że pobyt w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 1. dnia pobytu w szpitalu w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu;
 - c) 1 dzień – jeżeli Ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywał na OIOM z powodu bezpośredniego zagrożenia życia. W takim przypadku świadczenie jest płatne od 1. dnia pobytu na OIOM w wysokości dwukrotności dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu na OIOM oraz w wysokości dziennego świadczenia szpitalnego za każdy ukończony dzień pobytu w szpitalu następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu na OIOM.
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje maksymalnie za okres 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. W ciągu całego roku polisowego Ubezpieczonemu przysługuje łączne świadczenie za okres nie dłuższy niż 180 dni pobytu w szpitalu liczony jako suma jednorazowych pobyków. Przy naliczeniu świadczenia stosuje się zasady określone w ust. 3.
6. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jednym zdarzeniem objętym ochroną z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości równej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
7. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - c) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającej okres pobytu na OIOM – w przypadku pobytu na OIOM;
 - d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 18 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci małżonka (kod: DSB)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - c) odpis skrócony aktu małżeństwa;
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 19 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci małżonka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod: SADR)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu śmierci Małżonka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka.
3. Podstawą wypłaty jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - c) odpis skrócony aktu małżeństwa;
 - d) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 20 Wypłata świadczenia z tytułu śmierci rodzica lub rodzica małżonka (kod: DPB), narodzin Dziecka (kod: BCB), śmierci Dziecka (kod: DCB), narodzin martwego Dziecka (kod: SBB), osierocenia Dziecka (kod: OCB)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone:
 - a) Ubezpieczonemu w przypadku śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka, narodzin Dziecka, śmierci Dziecka, narodzin martwego Dziecka;
 - b) Dziecku Ubezpieczonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
2. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu jego zajścia.
3. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 1. W zależności od zdarzenia

ubezpieczeniowego konieczne jest przedłożenie następujących dokumentów:

- a) śmierć Rodzica lub śmierć Rodzica Małżonka, odpowiednio:
 - odpisu aktu zgonu Rodzica;
 - zaświadczenia stwierdzające przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu urodzenia Ubezpieczonego, lub
 - odpisu aktu zgonu Rodzica Małżonka;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez Lekarza lub odnośne władze;
 - odpisu aktu urodzenia Małżonka;
 - odpisu aktu małżeństwa Ubezpieczonego i Małżonka;
 - b) narodziny Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - c) śmierć Dziecka lub narodziny martwego Dziecka odpowiednio
 - odpisu aktu zgonu; lub
 - zaświadczenie o narodzeniu martwego płodu;
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci wystawionego przez lekarza lub odnośne władze;
 - dokumentację medyczną dotyczącą narodzenia martwego Dziecka;
 - d) osierocenie Dziecka:
 - odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 3, ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie będzie możliwe, warunkiem wypłaty świadczenia może być przedstawienie innych dokumentów, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

Art. 21 Wypłata świadczenia z tytułu operacji (kod: MSR+) lub operacji spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod: MSR)

1. Świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. Świadczeniem ubezpieczeniowym z tytułu operacji lub operacji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem jest odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego 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 do Warunków.

3. Jeżeli nie później niż 30. dnia od przeprowadzenia pierwszej operacji Ubezpieczonego oznaczonej w Załączniku do Warunków określonym kodem zostanie przeprowadzona kolejna operacja oznaczona tym samym kodem i spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych operacji. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna operacja spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, 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 Ubezpieczonego w czasie jednego pełnego roku trwania Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć 200% Sumy ubezpieczenia właściwej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z operacji.
5. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - c) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli operacja była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie Operacji.

Art. 22 Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego kod: (CIB_A lub CIB_B)

1. Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia zostanie wypłacone Ubezpieczonemu, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 4 oraz ust. 8.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu, o którym mowa w Art. 2 ust. 3.
3. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w Art. 2 ust. t pkt. X jest Suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym dniu okresu, o którym mowa we wskazanych postanowieniach.
4. W zależności od rodzaju poważnego zachorowania lub zabiegu wypłata świadczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego skutkuje:
 - a) wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego w stosunku do Ubezpieczonego – jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg należały do Grupy I, lub
 - b) kontynuacją ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego w stosunku do Ubezpieczonego, z wyłączeniem poważnych zachorowań lub zabiegów wskazanych w ust. 5.
5. Jeżeli poważne zachorowanie lub zabieg, z tytułu którego nastąpiła wypłata świadczenia, należały do Grupy II, III lub IV, z zakresu ubezpieczenia wyłączeniu ulegają Grupa, w skład której wchodziło to

- poważne zachorowanie lub zabieg, oraz Grupa I.
6. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
- a) dokumentów, o których mowa w Art. 11 ust. 2, oraz
 - b) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
 - c) karty leczenia ambulatoryjnego i wyników badań;
 - d) opinii lekarza prowadzącego;
 - e) odpisu badania potwierdzającego wykonanie zabiegu lub wystąpienie jednostki chorobowej będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania;
 - f) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych, opinii i wyników badań laboratoryjnych, możliwych do uzyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 30 dni od dnia zajścia tego Poważnego zachorowania.
8. Ubezpieczyciel może wypłacić Ubezpieczonemu maksymalnie trzy świadczenia z tytułu trzech różnych zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 5.

Art. 23 Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
- a) działań wojennych, stanu wojennego;
 - b) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroryzmu;
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Jeżeli Składka całkowita nie została opłacona w pełnej wysokości Nationale-Nederlanden wysyła wezwanie do zapłaty Składki całkowitej wskazując termin 7 dni na jej opłacenie. Odpowiedzialność ustaje i Nationale-Nederlanden nie wypłaci świadczenia za zdarzenia, które wystąpiły po upływie terminu wskazanego w wezwaniu, nie wcześniej jednak niż 14 dni od Dnia wymagalności Składki całkowitej, która nie została opłacona.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony popełni samobójstwo w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek (**kod: ADR**), w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków
- odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- b) udziału Ubezpieczonego 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;
- c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
- d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
- e) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek przy pracy (**kod: WADR**), w wyniku którego Ubezpieczony poniósł śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) udziału Ubezpieczonego 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;
 - c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - e) postępowania Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań przez pracodawcę;
 - f) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli wypadek komunikacyjny (**kod: ADT**), w wyniku którego Ubezpieczony poniósł

śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:

- a) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - b) udziału Ubezpieczonego 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;
 - c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa;
 - d) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 - e) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - f) wypadku w ruchu wodnym zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie statku wodnego innego niż statek licencjonowanych linii pasażerskich;
 - g) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego:
- a) nastąpiło trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego (**kod: PDR**);
 - b) nastąpiła niezdolność do pracy Ubezpieczonego (**kod: PDW**);
 - c) Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu (**kod: LHB**); został spowodowany lub wydarzył się w bezpośrednim następstwie:
 - samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - udziału Ubezpieczonego 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;

- usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.

Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił trwały uszczerbek na zdrowiu (**kod: LHB**) został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu zgodnie ze stosownymi przepisami prawa. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową.

8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba bądź Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku których nastąpiła niezdolność do pracy Ubezpieczonego (**kod: TPD**), zostały spowodowane lub wydarzyły się w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - c) pozostawania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - d) udziału Ubezpieczonego 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;
 - e) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka (**kod: DSB**) została spowodowana lub miała miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) pozostawania Małżonka w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

- w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- c) udziału Małżonka 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;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka. Ponadto Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego;
 - e) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka;
 - f) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu.
10. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Małżonek poniósł śmierć (**kod: SADR**), został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Małżonka lub okaleczenia Małżonka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) pozostawiania Małżonka w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - c) udziału Małżonka 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;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka.
11. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba będące powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego (**kod: HDB i AHDB**) były następstwem:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) spożywania lub pozostawianie przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami polskiego prawa;
 - d) usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - e) udziału Ubezpieczonego 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;
 - f) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - g) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - h) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
 - i) Choroby będącej skutkiem spożywania alkoholu;
12. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli powodem Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego były:
- a) chirurgia plastyczna (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków;
 - b) chirurgia stomatologiczna, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków;
 - c) wszelkie choroby psychiczne, wady wrodzone i schorzenia będące ich skutkiem;
 - d) zakażenie wirusem HIV lub choroba AIDS;
 - e) wykonanie rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
 - f) leczenie związane z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją;
 - g) zmiana płci, obrzezanie, operacja stulejki, wyłyżeczkowanie jamy macicy;
 - h) terapia genetyczna, chirurgia eksperymentalna, terapia alternatywna.
13. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Choroba, w wyniku których Ubezpieczony został poddany operacji (**kod: MSR lub MSR+**), zostały spowodowane lub miały miejsce w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) pozostawiania w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;

- c) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony, lub jeżeli pojazd lub inny środek transportu nie spełniał kryteriów dopuszczenia do ruchu na drogach publicznych zgodnie z przepisami polskiego prawa;
 - d) usiłowania popełnienia samobójstwa;
 - e) wszelkich chorób psychicznych, wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - f) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS;
 - g) udziału Ubezpieczonego 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;
 - h) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - i) wykonania rutynowych lub profilaktycznych badań lekarskich lub diagnostycznych niezwiązanych z Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą;
 - j) nieskorzystania z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń Lekarza albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - k) zdarzenia, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
14. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji (**kod: MSR lub MSR+**) związanych z:
- a) Chirurgią plastyczną (włączając operacje powiększenia i pomniejszenia piersi), z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków;
 - b) chirurgią stomatologiczną, z wyjątkiem usuwania skutków Nieszczęśliwych wypadków;
 - c) leczeniem bezpłodności, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem lub aborcją;
 - d) zmianą płci, obrzezania, operacji stulejki, wyłyżeczkowania jamy macicy;
 - e) terapii genetycznej, chirurgii eksperymentalnej, terapii alternatywnej;
 - f) 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 do Warunków.
15. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli operacja została przeprowadzona po 60. dniu (**kod: MSR**), licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
16. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji (**kod: MSR lub MSR+**), jeżeli Ubezpieczony zmarł w trakcie operacji.
17. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci Sumy ubezpieczenia, jeżeli poważne zachorowanie (**kod: CIB**) zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - c) udziału Ubezpieczonego 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;
 - d) usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa w sposób zawiniony przez Ubezpieczonego;
 - e) usiłowania popełnienia samobójstwa.
18. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania (**kod: CIB**), niezdolności Ubezpieczonego do pracy (**kod: TPD**) oraz operacji (**kod: MSR+**) będących skutkiem chorób lub stanów chorobowych znanych Ubezpieczonemu, zaistniałych w okresie przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
19. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał obowiązku określonego w Art. 9 ust. 5 i miało to wpływ na pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego bądź utrudnienie lub uniemożliwienie ustalenia stopnia zaawansowania poważnego zachorowania.
20. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Dziecka (**kod: DCB**) była spowodowana lub wydarzyła się w następstwie wady wrodzonej lub dziedzicznej.
21. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu narodzin martwego dziecka (**kod: SBB**) w przypadku poronienia rozumianego jako wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.
22. Jeżeli śmierć Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka lub Dziecka (**kod: DSB, DBP, DCB**) nastąpi na skutek umyślnego czynu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego nie zostanie wypłacone.
23. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia z tytułu Narodzin martwego Dziecka lub śmierci Dziecka, jeżeli jest ono skutkiem przerwania ciąży.

Art. 24 Odstąpienie, rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia, w którym Umowa ubezpieczenia została zawarta.
2. Ubezpieczony może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o wypowiedzeniu tej umowy,

o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 3.

3. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego do zapłaty, po upływie 30 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zostanie przedłużona na kolejny okres roczny, to umowa ta wygasa z upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 25 Czy Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia?

1. Ubezpieczyciel nie dokona wypłaty świadczeń (w tym świadczenia z tytułu Umowy podstawowej, świadczeń z tytułu Umów dodatkowych), które miałyby być realizowane na rzecz (lub w celu):
 - a) osoby występującej na liście sankcyjnej;
 - b) osoby zamieszkałej w krajach o nie akceptowalnym poziomie ryzyka (kraje UHRC), a także na rzecz podmiotów prowadzących swą działalność lub też posiadających swą siedzibę w jednym z krajów UHRC;
 - c) organów rządowych, władz publicznych lub też ich agend (w tym także ambasad) krajów UHRC (niezależenie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby);
 - d) osób lub podmiotów działających w imieniu i na rzecz organów rządowych krajów UHRC (niezależenie od miejsca ich lokalizacji lub siedziby); podmiotu, niezależnie od miejsca lokalizacji lub siedziby, należącego lub kontrolowanego pośrednio lub bezpośrednio przez jedną z osób lub podmiotów wymienionych w lit. a) – d).
 - e) finansowania towarów lub usług pochodzących, sprowadzanych, przekazywanych, transportowanych, przeładowywanych do/z lub za pośrednictwem krajów UHRC.
2. Aktualna lista krajów UHRC dostępna jest na stronie www.nn.pl/uhrc.

Art. 26 Reklamacje

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach mogą złożyć Reklamację.
2. Reklamacja może zostać złożona:
 - a) na piśmie:
 - osobiście w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - listownie na nasz adres: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa,
 - przez e-doręczenia na adres wpisany do bazy adresów elektronicznych: AE:PL-11388-11225-JBEJG-20
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 801 20 30 40 lub 22 522 71 24 albo osobiście do

protokołu w punkcie obsługi klienta w naszej siedzibie: ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa

- c) w postaci elektronicznej - za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.nn.pl.
3. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od daty otrzymania Reklamacji.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej poinformujemy osobę zgłaszającą Reklamację o przyczynie opóźnienia, wskażemy okoliczności potrzebne do rozpatrzenia Reklamacji i określimy przewidywany termin jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub w postaci innego trwałego nośnika informacji i przekazywana osobiście lub przesyłką pocztową wysłaną na aktualny adres korespondencyjny osoby zgłaszającej Reklamację.
6. Odpowiedź na Reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej Reklamację i przesyłana jest na jej aktualny adres poczty elektronicznej.
7. Od rozstrzygnięcia zawartego w odpowiedzi udzielonej osobie składającej Reklamację przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
8. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, o której mowa w Warunkach, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.

Art. 27 Przekazywanie korespondencji

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z Umową ubezpieczenia (dalej: korespondencja), z wyjątkiem przekazanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przysyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem Reklamacji, o których mowa w Art. 25. 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.
4. O ile poszczególne postanowienia Warunków nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach 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.

Art. 28 Opodatkowanie świadczeń

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 29 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. 30 Prawo właściwe, rozstrzyganie sporów

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
2. W przypadku wystąpienia sporu z Ubezpieczycielem, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy może zwrócić się o pomoc do miejskiego lub powiatowego Rzecznika konsumenta lub Rzecznika Finansowego.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczyciela.

Art. 31 Wejście w życie warunków

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 37/2025 z dnia 18.03.2025 r., wchodzi w życie z dniem 27.03.2025 r.



Paweł Kacprzyk
Prezes Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

Lista operacji objętych zakresem ubezpieczenia

Tkanka mózgowa (A01 – A09)

A01	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	Kategoria I
A02	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	Kategoria I
A03	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	Kategoria I
A05	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	Kategoria II
A09	Neurostymulacja mózgu	Kategoria II

Komory mózgowe 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 – A33)

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

A33	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	Kategoria III
-----	-----------------------------------	---------------

Opony mózgowe (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 krwaka 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
Tarczyca i przytarczycy (B08 – B14)		
B08	Całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	Kategoria III
B09	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	Kategoria II
B10	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	Kategoria III
B14	Wycięcie przytarczyc(y)	Kategoria II
Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego (B18 – B23)		
B18	Wycięcie grasicy	Kategoria III
B22	Wycięcie nadnercza(y)	Kategoria III
B23	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	Kategoria III
Sutek (B27 – B35)		
B27	Całkowita amputacja sutka	Kategoria III
B29	Operacje rekonstrukcyjne sutka	Kategoria I
B34	Operacje na przewodach mlekonośnych sutka	Kategoria IV
B35	Operacje brodawki sutkowej	Kategoria IV
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
Spojówka i 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 plombi 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
Komora przednia gałki ocznej i soczewka (C66 – C73)		
C66	Wycięcie ciała rzęskowego	Kategoria IV
C71	Zewnętrznotorebkowe wycięcie soczewki	Kategoria IV
C72	Wewnętrznotorebkowe 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
Wrostek 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
Migdałki i inne części jamy ustnej (F34 – F39)		
F34	Wycięcie migdałków podniebiennych	Kategoria V
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
F50	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	Kategoria IV
F51	Usunięcie kamienia z przewodu 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
G10	Otwarte operacje żyłaków przełyku	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

Wyrostek robaczkowy (H01)

H01	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	Kategoria IV
-----	---	--------------

Określnia (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

Odbytnia (H33 – H42)

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

Odbyt i okolica okołodbytowa (H51 – H59)

H51	Wycięcie guzków krwawniczych (hemoroidów)	Kategoria IV
H59	Wycięcie torbieli włosowej	Kategoria IV

Wątroba (J01 – J10)

J01	Przeszczep wątroby	Kategoria I
J02	Wycięcie płata bądź 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
J19	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	Kategoria II
J21	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	Kategoria IV
J24	Przełskórne 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
J34	Operacja zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	Kategoria III
J38	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	Kategoria IV
J40	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy) protezowanie dróg żółciowych	Kategoria IV
J42	Endoskopowe protezowanie dróg trzustkowych	Kategoria IV
J46	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	Kategoria IV
J47	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	Kategoria IV
J49	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	Kategoria IV

Trzustka (J54 – J66)

J54	Przeszczep trzustki	Kategoria I
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 II
J62	Nacięcie trzustki	Kategoria III
J66	Zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	Kategoria V

Śledziona (J69)

J69	Całkowite wycięcie śledziony	Kategoria III
-----	------------------------------	---------------

Ściany, przegrody i komory serca (K01 – K20)

K01	Przeszczep serca i płuc	Kategoria I
K04	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	Kategoria I

K05	Wewnątr przedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	Kategoria I
K07	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	Kategoria I
K09	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	Kategoria I
K10	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	Kategoria I
K11	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	Kategoria I
K12	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	Kategoria I
K15	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	Kategoria II
K16	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	Kategoria I
K18	Wytworzenie dróg odpływu z serca	Kategoria I
K20	Plastyka przedsionka serca	Kategoria I

Zastawki serca i struktury towarzyszące (K25 – K37)

K25	Walwuloplastyka mitralna	Kategoria I
K26	Walwuloplastyka aortalna	Kategoria I
K27	Plastyka zastawki trójdzielnej	Kategoria I
K28	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	Kategoria I
K29	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	Kategoria I
K30	Rewizja plastyki zastawki serca	Kategoria I
K31	Walwulotomia	Kategoria I
K35	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	Kategoria II
K37	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	Kategoria I

Tętnice wieńcowe (K40 – K49)

K40	Pomost aortalno-wieńcowy	Kategoria I
K43	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	Kategoria I
K45	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna - tętnica wieńcowa	Kategoria I
K47	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	Kategoria I
K49	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	Kategoria II

Inne części serca i osierdzie (K52 – K69)

K52	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	Kategoria I
K56	Wszczepienie systemu wspomagania serca	Kategoria II
K60	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	Kategoria III
K61	Inny system rozrusznika serca	Kategoria I
K67	Wycięcie osierdzia	Kategoria I
K68	Drenaż osierdzia	Kategoria II
K69	Przecięcie osierdzia	Kategoria IV

Duże naczynia i tętnica płucna (L01 – L13)

L01	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	Kategoria I
L02	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	Kategoria I
L03	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
L05	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	Kategoria I
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
M09	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	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 wszczepienie 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 – M43)		
M34	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria I
M35	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	Kategoria III
M36	Powiększenie pęcherza moczowego	Kategoria II
M38	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	Kategoria IV
M42	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	Kategoria III
M43	Operacje mające na celu zwiększenie pojemności pęcherza moczowego wykonywane metodą endoskopową	Kategoria IV
Operacje dotyczące odpływu z pęcherza moczowego. Gruczoł krokowy (prostata) (M51 – M65)		
M51	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	Kategoria III
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 II
N19	Operacja żyłaków powróżka nasiennego	Kategoria IV
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 łechtaczki	Kategoria V
P03	Operacje gruczołów Bartholina	Kategoria IV
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
P19	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	Kategoria IV
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
P26	Wprowadzenie pesarium do pochwy	Kategoria V
P31	Operacje zatoki Douglasa	Kategoria V

Macica (Q01 – Q17)

Q01	Amputacja szyjki macicy	Kategoria IV
Q02	Zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	Kategoria V
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
Q26	Implantacja protezy jajowodu	Kategoria V
Q27	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	Kategoria V
Q31	Nacięcie jajowodu	Kategoria III
Q32	Operacje strzępków jajowodu	Kategoria V

Jajnik. Węzadło szerokie macicy (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
T25	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria IV
T26	Operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	Kategoria III

T27	Operacja innej przepukliny ściany brzucha	Kategoria IV
T29	Operacje pępka	Kategoria III
T30	Diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	Kategoria IV

Otrzewna (T33 – T42)

T33	Wycięcie zmiany otrzewnej	Kategoria IV
T34	Drenaż otrzewnej	Kategoria IV
T36	Operacje sieci większej	Kategoria III
T37	Operacje krezki jelita cienkiego	Kategoria III
T38	Operacje krezki okrężnicy	Kategoria III
T39	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	Kategoria IV
T42	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	Kategoria IV

Powięź, pochewka ścięgna i kaletka (T50 – T62)

T50	Przeszczep powięzi	Kategoria V
T51	Wycięcie powięzi brzucha	Kategoria V
T52	Wycięcie innej powięzi	Kategoria IV
T53	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	Kategoria V
T54	Rozdzielenie powięzi	Kategoria V
T55	Uwolnienie powięzi	Kategoria V
T59	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	Kategoria IV
T62	Operacja kaletki	Kategoria IV

Ścięgna (T65 – T71)

T65	Wycięcie ścięgna	Kategoria IV
T67	Operacja naprawcza ścięgna	Kategoria IV
T69	Uwolnienie ścięgna	Kategoria IV
T70	Zmiana długości ścięgna	Kategoria V
T71	Wycięcie pochewki ścięgna	Kategoria IV

Mięśnie (T76 – T80)

T76	Przeszczep mięśni	Kategoria I
T77	Wycięcie mięśnia	Kategoria V
T79	Operacja naprawcza mięśnia	Kategoria III
T80	Uwolnienie przykurczu mięśnia	Kategoria IV

Układ limfatyczny (T85 – T94)

T85	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	Kategoria III
T88	Drenaż zmiany węzła chłonnego	Kategoria V

T89	Operacje przewodu limfatycznego	Kategoria II
T94	Operacje kieszonki skrzelowej	Kategoria IV
Kości i stawy czaszki i twarzy (V01 – V20)		
V01	Plastyka czaszki	Kategoria II
V03	Otwarcie czaszki	Kategoria I
V07	Wycięcie kości twarzy	Kategoria IV
V08	Nastawienie złamania szczęki	Kategoria IV
V09	Nastawienie złamania innej kości twarzy	Kategoria III
V10	Rozdzielenie kości twarzy	Kategoria III
V11	Stabilizacja kości twarzy	Kategoria IV
V14	Wycięcie żuchwy	Kategoria III
V15	Nastawienie złamania żuchwy	Kategoria IV
V16	Rozdzielenie żuchwy	Kategoria IV
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	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
V31	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria II
V32	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	Kategoria I
V33	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria III

V34	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	Kategoria I
V37	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	Kategoria I
V38	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	Kategoria II
V39	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	Kategoria II
V41	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	Kategoria I
V43	Wycięcie zmiany kręgosłupa	Kategoria II
V44	Odbarczenie złamania kręgosłupa	Kategoria II
V46	Stabilizacja złamania kręgosłupa	Kategoria II
Operacje odtwórcze ręki i stopy (W01 – W04)		
W01	Całkowita rekonstrukcja kciuka	Kategoria III
W03	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	Kategoria III
W04	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	Kategoria III
Kości (W05 – W35)		
W05	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	Kategoria III
W06	Całkowite wycięcie kości	Kategoria IV
W07	Wycięcie kości ektopowej	Kategoria V
W09	Wycięcie zmiany w obrębie kości	Kategoria III
W10	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	Kategoria III
W12	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	Kategoria III
W14	Rozdzielenie trzonu kości	Kategoria III
W15	Rozdzielenie kości stopy	Kategoria IV
W18	Drenaż kości	Kategoria IV
W19	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzna)	Kategoria III
W20	Pierwotnie otwarte nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W21	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	Kategoria III
W23	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	Kategoria III
W24	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości ze stabilizacją odłamów kostnych metodą śródszpikową (wewnętrzna)	Kategoria III
W25	Zamknięte operacyjne nastawienie złamania kości z założeniem zewnętrznego stabilizatora na odłamy kostne	Kategoria III
W27	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	Kategoria IV

W29	Wyciąg szkieletowy kości	Kategoria V
W34	Przeszczep szpiku kostnego	Kategoria IV
W35	Terapeutyczne nakłucie kości	Kategoria V

Operacje dotyczące wielu układów (X01 – X14)

X01	Replantacja kończyny górnej	Kategoria III
X02	Replantacja kończyny dolnej	Kategoria III
X03	Replantacja innego organu	Kategoria III
X05	Wszczepienie protezy kończyny	Kategoria I
X07	Amputacja w zakresie ramienia	Kategoria III
X08	Amputacja ręki	Kategoria IV
X09	Amputacja nogi	Kategoria III
X10	Amputacja stopy	Kategoria IV
X11	Amputacja palucha	Kategoria IV
X12	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	Kategoria IV
X14	Amputacja brzuszno-miedniczna	Kategoria II

Tabela orzecznicza dla oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie TRM3

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
A	Uszkodzenia głowy	
1	Uszkodzenie skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a) Blizny – rozległe (powyżej 5 cm długości lub 2,5 cm ²), szpeczące, ściągające – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości itp.	1-10
	Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od obszaru):	
	b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1-10
	c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11-20
	d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21-30
	Uwaga: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a.	
2	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości obrażeń, wgłobień, fragmentacji	1-10
3	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
	a) poniżej 10 cm ²	1-10
	b) od 10 do 50 cm ²	11-15
	c) powyżej 50 ²	16-25
	Uwaga: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego uszczerbku na zdrowiu, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz.1.	

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
4	Nawracający płynotok uszny lub nosowy, przewlekłe zapalenie kości, ropowica podczepcowa leczona operacyjnie – uznane jako utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania obrażeń wymienionych w poz. 1, 2, 3 – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1-15
5	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta i/lub skalę Ashwortha):	
	a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
	b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4°-3° według skali Ashwortha)	60-80
	c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta lub 3°-2° według skali Ashwortha)	40-60
	d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2/1°, 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5-35
	e) porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	
	• prawej	70-90
	• lewej	60-80
	f) niedowład kończyny górnej (3-4 ° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1 ° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	
	• prawej	70-90
	• lewej	60-80
	g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	
	• prawa	50-60
	• lewa	40-50
	h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3 ° według skali Lovetta lub 4-3 ° według skali Ashwortha):	
	• prawa	30-50
	• lewa	20-40
	i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4 ° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	
	• prawa	10-30
	• lewa	5-20
	j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	40-50
	k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha):	25-40

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4 ° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha):	15-25
	ł) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5 ° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5-15

Uwaga:

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

Skala Lovetta

0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej

1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej

2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej

3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej

4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej

5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

Skala Ashwortha

1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego

2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny

3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu

4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania

5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

6 Zespoły pozapiramidowe:

a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
b)	znacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki drugiej osoby	41-80
c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę	21-40
d)	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju	11-20
e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-10

7 Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:

a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41-80
c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11-40
d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10

8 Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

a)	padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30-40
b)	padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-30
c)	padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.		
9	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
	a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80-100
	b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50-80
	c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25-50
	d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10-25
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).		
10	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrałstennicze i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
	a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia	1-5
	b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu i wymagające stałego leczenia psychiatrycznego – w zależności od stopnia zaburzeń	6-20
11	Zaburzenia mowy:	
	a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
	b) afazja całkowita motoryczna	60
	c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40-59
	d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20-39
	e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretnie zaburzenia mowy, dysfazja	10-19
12	Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnętrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
	a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31-50
	b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	15-30
13	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):	
	a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20-35

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-20
	c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
	d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
14	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
	b) ruchowe	1-10
	c) czuciowo-ruchowe	3-20
15	Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
	a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
	c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10

Uwaga:

Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.

16	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
	a) niewielkiego stopnia	5-10
	b) średniego stopnia	10-25
	c) dużego stopnia	25-50
17	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

Uwaga:

Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

B Uszkodzenia twarzy

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

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
20	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
	a) nieznaczne zniekształcenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia	1
	b) widoczne, szpeczące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	2-5
	c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6-15
	d) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-20
	e) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2-5
	f) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20-30
Uwaga: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa oceniać łącznie wg punktu 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg punktu 19.		
21	Utrata zębów:	
	a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
	I. utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,5
	II. utrata korony (co najmniej 1/2 korony) i /lub korzenia	1
	b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
	I. utrata korony (co najmniej 1/2 korony)	0,5
	II. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
22	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:	
	a) nieznacznego stopnia	1-5
	b) średniego stopnia	6-10
	c) znacznego stopnia	11-20
Uwaga: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg punktu 27b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 27a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.		
23	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
	a) częściowa	10-35
	b) całkowita	40-50

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
24	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
	a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
	b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-15
25	Ubytek podniebienia	
	a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-25
	b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26-40
26	Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
	a) ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń – ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1-3
	b) ubytki języka – ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4-15
	c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16-40
	d) całkowita utrata języka	50

C Uszkodzenie narządu wzroku

27 Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu

a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli:

Tabela 27a

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

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	b) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-10
	c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40

Uwaga:

Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. Wartość uszczerbku w punkcie 27 c obejmuje oszpeccenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

28	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
	a) jednego oka	15
	b) obu oczu	30
29	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
	a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 27a
	b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1-5
30	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
	a) z zaburzeniami ostrości wzroku	wg tabeli 27 a
	b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1-5
31	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
	a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	wg tabeli 27a
	b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1-5
32	Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 32	

Tabela 32

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0%	0%	20-35%
50°	1-5%	10-15%	35-45%
40°	5-10%	15-25%	45-55%
30°	10-15%	25-50%	55-70%
20°	15-20%	50-80%	70-85%
10°	20-25%	80-90%	85-95%
poniżej 10°	25-35%	90-95%	95-100%

33	Półowicze i inne niedowidzenia:	
	a) dwuskroniowe	50
	b) dwunosowe	25
	c) jednoimienne	25
	d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1-15

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
34	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:	
	a) w jednym oku	15
	b) w obu oczach	30

Uwaga:

W przypadku gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo wg tabeli 27a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.

35	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
	a) w jednym oku	wg tabeli 27a w granicach 15-35
	b) w obu oczach	wg tabeli 27a w granicach 30-100
36	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:	
	a) w jednym oku	5-10
	b) w obu oczach	10-15
37	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe – oceniać wg tabeli 27a i 32 i/lub punktu 33d, nie mniej niż	3

Uwaga:

Odwartwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwartwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.

38	Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg tabeli ostrości wzroku 27a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy, nie mniej niż	3
39	Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	35-100
40	Zaćma pourazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a), po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji	
41	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:	
	a) niewielkie zmiany	1-5
	b) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6-10

Uwaga:

Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27a.

D Uszkodzenia narządu słuchu**42 Upośledzenie ostrości słuchu**

a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Tabela 42a

	Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe					
0 – 25 dB		0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB		5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB		10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB		20%	30%	40%	50%

Uwaga:

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe, utrwalone szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia

1-5

Uwaga:

Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu należy oceniać wyłącznie według tabeli 42a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi to oceniać wg punktu 48.

43 Urazy małżowiny usznej:

a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń

1-10

b) całkowita utrata jednej małżowiny

15

c) całkowita utrata obu małżowin

30

44 Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu

oceniać wg tabeli 42a

45 Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem:

a) jednostronne

5

b) obustronne

10

46 Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

a) jednostronne

5-15

b) obustronne

10-20

47 Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej

oceniać wg tabeli 42a

48 Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a) z uszkodzeniem części słuchowej

oceniać wg tabeli 42a

b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)

1-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)	21-50
	d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	ocena wg tabeli 42a, zwiększając stopień inwalidztwa, wg p. 48b lub 48c
49	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
	a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-25
	b) dwustronne	10-60
E Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku		
50	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5-10
51	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5-10
	b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów.	11-30
52	Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
	a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	30-59
	b) z bezgłosem	60
53	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
	a) bez niewydolności oddechowej	1-10
	b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	11-20
	c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21-40
	d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcy, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	41-60
54	Uszkodzenie przełyku:	
	a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
	b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6-20
	c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21-50
	d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena wg poz. 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10-30

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
55	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
	a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1-5
	b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6-14
	c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15-30
	d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

Uwaga:

Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°. Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg punktu 89.

F Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
	a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
	b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
	c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
	e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

Uwaga:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

57	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie wg p.56):	
	a) blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1-5
	b) znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 45 roku życia	10-15
	c) znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 45 roku życia	5-10
	d) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku – do 45 roku życia	5-15
	e) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku – po 45 roku życia	1-10
	f) znaczna lub całkowita utrata sutka – do 45 roku życia	15-20
	g) znaczna lub całkowita utrata sutka – po 45 roku życia	11-15
	h) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać wg powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
58	Złamania (co najmniej dwóch) żeber:	
	a) bez zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1
	b) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	2-5
	c) z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
	d) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	e) ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40

Uwaga:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.

59	Złamanie mostka:	
	a) bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1-3
	b) ze zrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4-10
60	Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o	1-15
61	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
	a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1-5
	b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5-10
	c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10-25
	d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25-40
62	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać wg p.61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o	10-20

Uwaga:

Przy ocenie wg punktów 56, 58, 60-62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/ lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz p.60 i 62).

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:

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

63	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
	a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
b)	I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
c)	II klasa NYHA, EF 45%-55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
d)	III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
e)	IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90

Uwaga:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do 12 poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:

Klasa I	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory:

Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.

Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej:

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

64 Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:

a)	bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym, w zależności od rozległości uszkodzeń	1-5
b)	zaburzenia niewielkiego stopnia	6-10
c)	zaburzenia średniego stopnia	11-20
d)	zaburzenia dużego stopnia	21-40

G Uszkodzenia brzucha i ich następstwa

65 Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:

a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące	1-5
b)	uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	5-15
c)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

Uwaga:

Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwiaryściły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu – nie są uznawane za pourazowe.

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
66	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
	a) Wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1-5
	b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	6-10
	c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40
	d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
	a) jelita cienkiego	30-80
	b) jelita grubego	20-60
68	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych) nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	1-10
69	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
	a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1-5
	b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70	Uszkodzenia odbytnicy:	
	a) pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1-5
	b) wypadanie błony śluzowej	6-10
	c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11-30
71	Uszkodzenia śledziony:	
	a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
	b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	c) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
	d) utrata u osób poniżej 18 roku	20
72	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
	a) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1-5
	b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
	c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
	d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

Uwaga:

Przetokę trzustkową oceniać wg – ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b-d.

Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b-d.

Zwężenia dróg żółciowych – orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b-d.

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	> 3,5	2,8-3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I-II°	III-IV°

Grupa A – 5-6 pkt, Grupa B – 7-9 pkt, Grupa C – 10-15 pkt

H Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5-25
74	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	35-75
76	Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
	a) nie powodujące zaburzeń funkcji	1-5
	b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6-20
77	Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
	a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	3-5
	b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6-15
	c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
78	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
	a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
	b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
79	Zwężenia cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
	b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
	c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41-60

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.		
80	Utrata całkowita prącia	40
81	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	3-35
82	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
	a) w wieku do 50. roku życia	2-20
	b) w wieku po 50. roku życia	1-10
83	Utrata obu jąder lub obu jajników:	
	a) w wieku do 50. roku życia	40
	b) w wieku po 50. roku życia	20
84	Pourazowy wodniak jądra:	
	a) wyleczony operacyjnie	2
	b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3-10
85	Utrata macicy:	
	a) w wieku do 50 lat	40
	b) w wieku powyżej 50 lat	15
86	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
	a) Rozległe blizny, ubytki, deformacje	1-5
	b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5-10
	c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30
I	Ostre zatrucia, nagłe działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach)	
87	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:	
	a) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1-15
	b) z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	10-25
Uwaga: Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.		

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
88	Inne następstwa zatrucia oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim	1-15

Uwaga:

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

J Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89	Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa szyjnego potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG czynnościowe, TK, RM):	
	a) stłuczenia, skręcenia z nieznacznym ograniczeniem ruchomości do 15%	1-2
	b) z ograniczeniem ruchomości 16-25%	3-5
	c) z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	6-14
	d) z ograniczeniem ruchomości 51%-75%	15-20
	e) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
	f) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	g) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
	h) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg p. 89 a-f, dodając, w zależności od stopnia zniekształcenia	2-10
	i) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów i/lub rotację) ocenia się wg poz. 89 a-g, zwiększając stopień inwalidztwa o	1-8
	j) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 89a-h zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

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

Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

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

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	g) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 90a-f zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

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

91 Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):

a)	stłuczenia, skręcenia z nieznacznym ograniczeniem ruchomości do 15%	1-2
b)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	3-5
c)	z ograniczeniem ruchomości 26% – 50%.	6-14
d)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
e)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
f)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
g)	obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocenia się wg poz. 91 a-e, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia, o	3-12
h)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/lub rotacja) – ocenia się wg poz. 91 a-f zwiększając stopień inwalidztwa o	1-9
i)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 91a-g zwiększając stopień inwalidztwa o	5

Uwaga:

Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgoszynek rzekomy (zwrotnienny) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.

Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7-8 cm.

92 Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się wg p.p. 89-91

93 Uszkodzenie rdzenia kręgowego:

a)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
b)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu, w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
c)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (3-4° w skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	5-30
d)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (0-2° w skali Lovetta lub 5-4° według skali Ashwortha)	31-60

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	e) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), niedowład cztero kończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	61-90
	f) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha), głęboki niedowład cztero kończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
94	Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) oraz utrwalone urazowe zespoły bólowe bez uszkodzenia korzeni – w zależności od stopnia:	
	a) szyjne bólowe	2
	b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5-15
	c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5-30
	d) piersiowe	1-10
	e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe	1-4
	f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5-15
	g) lędźwiowo – krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5-30
	h) guziczne (w tym złamania kości guzicznej)	1-5

Uwaga:

Zaburzenia stwierdzane w punkcie 94 a-h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Zespół bólowy po urazie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”) orzekać wyłącznie według pozycji 94a lub 94b.

K Uszkodzenia miednicy

96	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
	a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1-10
	b) w odcinku przednim obustronnie	5-15
	c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10-30
	d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20-40

Uwaga:

Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.

97	Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym, lub bez centralnego zwicznienia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu	oceniać wg pkt 143.
----	--	---------------------

Uwaga:

Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 146.

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
98	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
	a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1-3
	b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4-8
	c) mnogie złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2-7
	d) mnogie złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5-15

Uwaga:

Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L Uszkodzenia kończyny górnej

	Łopatka	Prawa (dominująca)	Lewa
99	Złamanie łopatki:		
	a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1-5	1-3
	b) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6-12	4-9
	c) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	13-20	10-15
	d) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21-40	16-30

Uwaga:

Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

	Obojczyk	Prawa (dominująca)	Lewa
100	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
	a) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20%	1-8	1-6
	b) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20%	9-20	7-15
101	Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
	a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10-14	8-12
	b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%	15-25	13-20

Uwaga:

W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 101.

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszkodzenia na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
102	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
	a) nieznaczne zmiany bez deformacji z ograniczeniem ruchomości do 10% (I°)	1-2	1
	b) niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	3-5	2-3
	c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6-10	4-8
	d) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11-25	9-20
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
103	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się wg poz. 100-102 – zwiększając stopień trwałego uszkodzenia o	1	
	Bark – staw ramienno-łopatkowy	Prawa (dominująca)	Lewa
104	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, panewki, szyjki łopatki, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2	1
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-30%	3-11	2-7
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%-50%	12-19	8-14
	d) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20-35	15-30
Uwaga: Uszkodzenie stawu ramienno-łopatkowego wygojone sztucznym stawem należy oceniać według punktu 104, nie mniej niż 10%.			
105	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo -ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20-35	15-30
106	Nawykowe zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:	5-25	5-20
Uwaga: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Konieczna analiza dokumentacji medycznej i wypadkowej wraz z analizą mechanizmu urazu celem identyfikacji przedmiotowego zdarzenia jako nieszczęśliwego wypadku.			
107	Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen – ocenia się wg norm neurologicznych.			

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
108	Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym):		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	15-30
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu	orzekać według pkt 104 lub 108.	
110	Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się wg poz. 104-109, zwiększając stopień uszczerbku o	5	
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.			
111	Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym:	70	65
112	Utrata kończyny wraz z łopatką:	75	70
Zakresy ruchomości staw ramienno-łopatkowego • zgięcie 0-180°, wyprost 0-60°, odwodzenie 0-90°, unoszenie 90-180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem • odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°), przywodzenie 0-50°, rotacja zewnętrzna 0-70°, rotacja wewnętrzna 0-100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20-40° zgięcia, 20-50° odwiedzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)			
	Ramię	Prawa (dominująca)	Lewa
113	Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkoworamiennym i łokciowym:		
	a) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym do 30%	1-15	1-10
	b) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	16-30	11-25
	c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 113 a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o	5-15	
114	Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
	a) zmiany niewielkie	1-5	1-4
	b) zmiany średnie	6-12	5-9
	c) zmiany duże	13-20	10-15
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.			
115	Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
	a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
	b) przy dłuższych kikutach	65	60
116	Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia	oceniać wg. pkt 114a.	

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	Staw łokciowy	Prawa (dominująca)	Lewa
117	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2	1
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-20%	3-5	2-4
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
118	Zesztywnienie stawu łokciowego:		
	a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25	20
	b) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26-30	21-25
	c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45	40
	d) w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
119	Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2	1
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-20%	3-5	2-4
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.			
120	Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według pozycji 117-120, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o	5	
Uwaga: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°-80° (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia).			
	Przedramię	Prawa (dominująca)	Lewa
122	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
	d) usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15-20	10-15
	e) usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym	20-30	15-25
123	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
	a) niewielkie zmiany	1-6	1-5
	b) średnie zmiany	7-15	6-10
	c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16-30	11-25
124	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
	a) nieznaczne zmiany dotyczące jedynie skóry	0,5	0,5
	b) małe zmiany	1-3	1-2
	c) średnie zmiany	4-8	3-6
	d) duże zmiany	9-14	7-11
	e) bardzo duże zmiany	15-20	12-15
Uwaga: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 122, 123, 125, 126.			
125	Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
	a) średniego stopnia	10-20	10-15
	b) dużego stopnia	21-35	16-30
Uwaga: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.			
126	Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
	a) średniego stopnia	10-25	10-20
	b) dużego stopnia	26-40	21-35
Uwaga: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.			
127	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się wg poz. 122-126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
128	Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-60	50-55
129	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55	50

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
Zakresy ruchomości przedramienia: - nawracanie 0-80°, odwracanie 0-80° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° nawrócenia)			
	Nadgarstek	Prawa (dominująca)	Lewa
130	Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
	a) nieznaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	0,5-1	0,5
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-30%	2-6	1-5
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
131	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15-20	10-15
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	21-30	16-25
132	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się wg poz. 130-131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
133	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
Zakresy ruchomości nadgarstka: zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30°, (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).			
	Śródręcze	Prawe	Lewa
134	Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:		
	a) I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):		
	I. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1-6	1-5
	II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-12	6-9
	III. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13-20	10-15
	b) II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
	I. z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5	1-3
	II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	6-9	4-6
	III. z ograniczeniem powyżej 60%	10-15	7-10
	c) III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
	I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
	II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-5	2-4

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawe	Lewa
	d) IV, V kość śródreżcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródreżcza:		
	I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
	II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-4	2
	Kciuk	Prawa (dominująca)	Lewa
135	Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
	a) całkowita utrata opuszki	3	2
	b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5-10	3-6
	c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11-15	7-10
	d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	16-20	11-15
	e) utrata obu paliczków z kością śródreżcza	20-25	15-20
136	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-5	1-3
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26-50%	6-10	4-8
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51-75%	11-15	9-12
	d) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16-20	13-15
	e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródreżcza	20-25	15-20

Uwaga:

Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.

Zakresy ruchomości kciuka:

- staw śródreżczo-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- odwodzenie 0-50°
- przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródreżczo-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm
- opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródreżczo-paliczkowych na wysokości III stawu śródreżczo-paliczkowego
- pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
	Palec wskazujący		
137	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
	a) utrata całkowita opuszki	2	1
	b) utrata paliczka paznokciowego	3-5	2-3
	c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6-9	4-7
	d) utrata paliczka środkowego	10	8
	e) utrata trzech paliczków	15	10
	f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	15-20	10-15
138	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszytwnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-3	1-2
	b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-40%	4-6	3-4
	c) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41-70%	7-11	5-7
	d) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12-15	8-10
	e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	15-20	10-15
	Palec trzeci, czwarty i piąty	Prawa (dominująca)	Lewa
139	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:		
	a) palec III – utrata całkowita opuszki	1	0,5
	b) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
	c) palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
	d) palec III – utrata trzech paliczków	10	8
	e) palec IV – utrata całkowita opuszki	1	0,5
	f) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	2	1
	g) palec IV – utrata dwóch paliczków	4	2
	h) palec IV – utrata trzech paliczków	7	3
	i) palec V – za utratę każdego paliczka	1	1

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
		Prawa (dominująca)	Lewa
140	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:		
	a) palec III	12	10
	b) palec IV	9	5
	c) palec V	5	4
141	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:		
	a) palec III:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1-2
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-5	3-4
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-5	1-4
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6-10	5-8
	b) palec IV:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-4	2
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-4	1-2
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5-7	3
	c) palec V:		
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1	1
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	2	2
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	2	2
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	3	3

Uwaga:

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

Zakresy ruchomości – palce II-V:

- staw śródręczno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
M Uszkodzenia kończyny dolnej		
	Staw biodrowy	
142	Utrata kończyny dolnej:	
	a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
	b) odjęcie powyżej 1/2 uda	60
143	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-12
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	13-24
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25-40
144	Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30-35
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36-45
145	Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
146	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
	a) bez ograniczeń funkcji	15
	b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16-25
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26-45
Uwaga: Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.		
Zakresy ruchomości stawu biodrowego - zgięcie 0-120°, wyprost 0-20°, odwodzenie 0-50°, przywodzenie 0-40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0-45°, rotacja do wewnątrz 0-50°.		
	Udo	
147	Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi kończyny, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
	a) skrócenie w zakresie 1-3 cm bez zmian wtórnych	3-10
	b) skrócenie w zakresie 3,1-5 cm bez zmian wtórnych	11-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
	c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21-30
	d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10-15
	e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1-5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16-29
	f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	30-40

Uwaga:

Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w punktach 143 i 154 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach biodrowym i kolanowym z ograniczeniem do 60%.

148	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40-60
149	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
	a) niewielkiego stopnia	1-5
	b) średniego stopnia	6-10
	c) znacznego stopnia	11-20

Uwaga:

Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.

150	Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5-30
151	Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się wg punktu 147 zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o	5-10
152	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 147-150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10-60

Uwaga:

Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 147-152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.

153	Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotegowania	55-60
	Kolano	
154	Złamania kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg poz. 155, 156:	
	a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
	b) utrata ruchomości w zakresie 41°-90° za każde 5°	1
	c) utrata ruchomości w zakresie 91°-120° za każde 10° ubytku ruchu	1
	d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	25
	e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
155	Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowa ocena się wg poz. 154.	
	a) niestabilność jednopłaszczyznowa I ^o , z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	2
	b) niestabilność jednopłaszczyznowa II, dwupłaszczyznowa I, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	5-12
	c) niestabilność jednopłaszczyznowa III lub dwupłaszczyznowa II, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	13-19
	d) niestabilność dwupłaszczyznowa III, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	20-25
	e) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	26-35
156	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki, uszkodzenia łąkotec, w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości. Ocenia się wg poz. 154 i/lub 155, zwiększając stopień inwalidztwa o	1-10
Uwaga: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. Patrz analogiczna uwaga do p.106. Należy zwracać uwagę na mechanizm urazu, obrażenia (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie predyspozycji pod postacią zmian anatomicznych lub chorób. Analiza powinna być oparta o pełną dokumentację medyczną.		
Uwaga: Uszkodzenie stawu kolanowego wygojone sztucznym stawem należy oceniać według punktu 154 i 156, nie mniej niż 15%.		
157	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.		
	Podudzie	
158	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
	a) izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm bez zmian wtórnych	2-10
	b) izolowane skrócenie w zakresie 3,1-5 cm bez zmian wtórnych	11-20
	c) izolowane skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21-30
	d) niewielkie zmiany ze skróceniem w zakresie 0-3 cm	3-15
	e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1-5 cm	16-29
	f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30-40
Uwaga: Ocena zmian wtórnych według tej pozycji powinna być zgodna z wartościami uszczerbku opisanymi w punktach 154 i 162 opisującymi procentowo utratę ruchomości w stawach kolanowym i skokowogoleniowym z ograniczeniem do 40%.		
159	Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1-3

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
160	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
	a) nieznaczne zmiany dotyczące jedynie skóry	0,5
	b) małe zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	1-2
	c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-30%	3-5
	d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	6-10
	e) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
161	Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
	a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
	b) przy dłuższych kikutach	45-50
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.		
Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy, stopa		
162	Uszkodzenie stawu skokowo – goleniowego i skokowo-piętowego: złamania, skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia więzadeł, torebki stawowej itp. – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości, zmian wtórnych i utrzymujących się dolegliwości:	
	a) nieznacznego stopnia zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	0,5
	b) małego stopnia zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11-20%	1-4
	c) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
	d) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11-20
	e) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
163	Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
	a) pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
	b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21-30
	c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
164	Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
165	Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statycznodynamicznych stopy i innych powikłań:	
	a) częściowa utrata	20-30
	b) całkowita utrata	30-40
166	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
	a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
	b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
	c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
167	Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statycznie dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
	a) I lub V kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1-4
	II. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5-10
	b) II, III lub IV kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany	1-3
	II. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4-7
	c) złamania dwóch kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	2-10
	d) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3-15
168	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 167 zwiększając stopień inwalidztwa o	5
169	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
	a) zmiany niewielkie	1-4
	b) średnie zmiany	5-10
	c) duże zmiany	11-15
170	Utrata stopy w całości	45
171	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172	Utrata stopy na poziomie stawu Lisfranka	35
173	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20-30

Zakresy ruchomości stawu skokowego

- zgięcie grzbietowe 0-20°, zgięcie podeszwowe 0 – 40-50°, nawracanie 0-10°, odwracanie 0-40°, przywodzenie 0-10°, odwodzenie 0-10°

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.		
Palce stopy		
174	Utrata w zakresie palucha – w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta:	
	a) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-3
	b) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
	c) utrata w obrębie paliczka podstawnego palucha	5-7
	d) utrata paliczka podstawnego palucha	8
175	Inne uszkodzenia palucha – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształcenia, upośledzenia funkcji stopy, ograniczenia ruchomości:	
	a) nieznaczne zmiany, ograniczenie ruchomości do 10%	0,5
	b) małe zmiany, ograniczenie ruchomości w zakresie 11-30%	1-2
	c) średnie zmiany, ograniczenie ruchomości w zakresie 31-50%	3-4
	d) duże zmiany, ograniczenie ruchomości powyżej 50%	5-7
176	Utrata palucha:	
	a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	9-12
	b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15
	c) wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177	Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:	
	a) częściowa utrata	1
	b) całkowita utrata	2
178	Utrata palca V z kością śródstopia	3-8
179	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	3-5
180	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców:	
	a) średnie i znaczne zmiany w obrębie każdego palca	1
	b) łącznie za wszystkie uszkodzone palce II-V jednej stopy	1-5
Zakresy ruchomości palców stopy • zgięcie 0 – 40° (czynne), 0-60° (bierne) • wyprost 0 – 45°(czynne), 0-80° (bierne)		

Uwaga:

Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.
Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

N Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych

181	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	Prawa (dominująca)	Lewa
	a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
	b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
	c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
	d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
	e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-35	2-30
	f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-30	2-20
	g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-15
	h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	1-10
	i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-35	2-25
	j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
	k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-25	1-20
	l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-25	5-20
	m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	10-45	5-40
	n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
	o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-15	1-15
	p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-30	1-30
	q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1-20	1-20
	r) nerwu sromowego wspólnego	2-20	2-20
	s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	5-60	5-60
	t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-30	3-30
	u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-20	2-20
	v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	15-60	15-60
	w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10

Punkt	Nazwa zdarzenia ubezpieczeniowego	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
Uwaga: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).		
182	Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia	10-40

Uwaga:

W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.

Uwagi ogólne:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% uszczerbku, na tułowie za 3% TBSA – 1% uszczerbku.

Skontaktuj się z nami:

**Nationale-Nederlanden
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**



www.nn.pl



info.grupowe@nn.pl



801 20 30 40



22 522 71 24

20.03.2025