

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego

OWU/LS12/1/2025



Kontakt do Nationale-Nederlanden

Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Serwis internetowy

www.nn.pl

Infolinia

801 20 30 40 lub +48 22 522 71 24

Adres e-mail

info@nn.pl

Coś się stało? Jesteśmy tu dla Ciebie

1

Skorzystaj z Moje NN

na stronie www.nn.pl.

2

Po zalogowaniu lub rejestracji konta:

- wygodnie wypełnisz zgłoszenie, a część Twoich danych uzupełnimy automatycznie
- zgłosisz wiele zdarzeń w ramach jednego wniosku
- sprawdzisz, na jakim etapie jest Twoje zgłoszenie

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego

nr OWU/LS12/1/2025 4

Art. 1	Co oznaczają pojęcia, których używamy?	4
Art. 2	Kto może być Ubezpieczonym?	5
Art. 3	Od jakich zdarzeń Cię chronimy?	5
Art. 4	Jakie Świadczenie medyczne zrealizujemy w ramach tej Umowy dodatkowej?	5
Art. 5	Co musisz zrobić, abyśmy zrealizowali Świadczenie medyczne?	7
Art. 6	Kiedy zrealizujemy Świadczenie medyczne?	7
Art. 7	W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia medycznego?	8
Art. 8	Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?	9
Art. 9	Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?	9
Art. 10	Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?	9
Art. 11	Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?	10
Art. 12	Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?	10
Art. 13	Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?	10
Art. 14	Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?	10

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa –

choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025..... 11

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa –

choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025..... 19

Informacje dotyczące:

Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025

Informacje zawarte w OWU**Nr artykułu OWU**

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu Ubezpieczenia.	Art. 1, Art. 2, Art. 3, Art. 4, Art. 5 ust. 5, Załącznik nr 1 do OWU, Załącznik nr 2 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Art. 1, Art. 3 ust. 3, Art. 4, Art. 5, Art. 7, Załącznik nr 1 do OWU
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 ubezpieczenia

Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego

nr OWU/LS12/1/2025

Art. 1 Co oznaczają pojęcia, których używamy?

Wszystkie pojęcia, które zdefiniowaliśmy, oznaczyliśmy w tekście wielką literą. Niżej napisaliśmy, co oznaczają. Przeczytaj je uważnie. Dzięki temu będzie Ci łatwiej zrozumieć treść całego dokumentu.

Kto jest kim w Umowie dodatkowej?

1. **Nationale-Nederlanden** to My. Nasza pełna nazwa to Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Nasza siedziba mieści się w Warszawie przy ul. Topiel 12.
2. **Właściciel polisy** to osoba, która zawiera Umowę dodatkową. Właściciel polisy będzie też opłacał Składkę za Umowę.
3. **Ubezpieczony** to Ty. To Tobie zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Jakie są definicje innych pojęć?

4. **Choroba rzadka** to schorzenie, które wg rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji. Według aktualnej wiedzy medycznej jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg. Prowadzi przedwcześnie do zgonu lub powoduje niepełnosprawność. Zazwyczaj ujawnia się w wieku dziecięcym.
5. **Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego** to nieprawidłowy, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stan organizmu, wymieniony w Załączniku nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Stan ten musi zostać potwierdzony skierowaniem na Leczenie operacyjne, które wystawił Lekarz.
6. **Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego** to nieprawidłowy, według wiedzy medycznej, stan organizmu, który wymaga diagnostyki lub leczenia (niewymagającego zabiegu lub operacji) realizowanych w Szpitalu na którymkolwiek z oddziałów: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii. Stan ten musi zostać potwierdzony skierowaniem na planowe Leczenie niezabiegowe, które wystawił Lekarz. Może być ono wystawione jedynie po bezskutecznej diagnostyce i leczeniu ambulatoryjnym.
7. **Koordynator Opieki Szpitalnej (zwany dalej KOS)** to przedstawiciel LUX MED, którego zadaniem jest obsługa realizacji Twojego Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego.
8. **Leczenie operacyjne** to zabiegi lub operacje realizowane w trybie planowym w Szpitalu. Mają one na celu leczenie Chorób wymagających Leczenia operacyjnego poprzez usunięcie zmienionych chorobowo tkanek lub narządów, bądź zniesienie objawów lub dolegliwości.
9. **Leczenie niezabiegowe** to przeprowadzenie diagnostyki lub leczenia Chorób wymagających Leczenia niezabiegowego, w trybie planowym w Szpitalu. Umowa dodatkowa obejmuje tylko taką diagnostykę i leczenie, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych.
10. **Lekarz** to osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia do tego, aby wykonywać zawód lekarza zgodnie z przepisami prawa polskiego.
11. **LMG** to podmiot, którego obowiązkiem jest organizacja Świadczeń medycznych. Zarejestrowany jest jako LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja. W Polsce działa on pod nazwą LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
12. **LUX MED** to podmiot, który skontaktuje się z Tobą w sprawie Świadczeń medycznych i działa na zlecenie LMG. Zarejestrowany jest jako LUX MED Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
13. **Nieprzerwany okres ochrony** to okres, w którym chronimy Cię z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej i wszystkich jej przedłużeń zgodnie z postanowieniami Warunków i Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
14. **Przegląd stanu zdrowia** to Świadczenie medyczne polegające na realizacji konsultacji medycznych lub badań diagnostycznych zgodnie z Załącznikiem nr 2 w celu umożliwienia wykrycia choroby.
15. **Przychodnia** to podmiot leczniczy, który udziela Ci Świadczeń medycznych. Działa on na terenie Polski, zgodnie z obowiązującym prawem. Przychodnia realizuje Świadczenia medyczne, które opisaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. Jest ona wskazana przez KOS.
16. **Szpital** to podmiot leczniczy, który udziela Ci Świadczeń medycznych. Działa on na terenie Polski, zgodnie z obowiązującym prawem. Definicja Szpitala obejmuje również Przychodnie, które wchodzą w skład Szpitala.

17. **Świadczenie medyczne** to usługi objęte ochroną w ramach tej Umowy dodatkowej, które zrealizujemy dla Ciebie, gdy dojdzie do Zdarzenia ubezpieczeniowego.
18. **Umowa dodatkowa** to „Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego”. Umowa dodatkowa zapewni Ci dodatkową ochronę ubezpieczeniową i jest uzupełnieniem Umowy podstawowej.
19. **Umowa podstawowa** to Umowa ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie, do której dokupowana jest Umowa dodatkowa.
20. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** to:
 - a) Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego,
 - b) Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego,
 - c) Niewystąpienie w okresie 24 miesięcy Nieprzerwanego okresu ochrony Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego ani Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego uprawniające do skorzystania z Przeglądu stanu zdrowia.

Art. 2 Kto może być Ubezpieczonym?

Możemy ubezpieczyć osobę, która ukończyła 16. rok i nie ukończyła 71 lat.

Art. 3 Od jakich zdarzeń Cię chronimy?

1. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej obejmujemy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które wystąpiło w Nieprzerwanym okresie ochrony. Dniem Zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień, w którym Lekarz wystawił skierowanie:
 - a) na Leczenie operacyjne w związku ze zdiagnozowaną u Ciebie Chorobą wymagającą Leczenia operacyjnego lub
 - b) na Leczenie niezabiegowe w związku ze zdiagnozowaną u Ciebie Chorobą wymagającą Leczenia niezabiegowego lub podejrzeniem wystąpienia u Ciebie takiej choroby.
2. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły po 90. dniu Nieprzerwanego okresu ochrony zapewniamy Ci:
 - a) Leczenie operacyjne, które będzie udzielane w Szpitalu, a w przypadkach w których jest to możliwe, w Przychodni. Szczegółową listę Chorób wymagających Leczenia operacyjnego objętych zakresem w ramach tego ubezpieczenia opisaliśmy w Załączniku nr 1.
 - b) Leczenie niezabiegowe, które będzie udzielane w Szpitalu na oddziale: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii.
 - c) Przegląd stanu zdrowia realizowany w Przychodniach zgodnie z zakresem opisanym w Załączniku nr 2 w razie niewystąpienia w okresie 24 miesięcy Nieprzerwanego okresu ochrony Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego ani Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego.
3. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły u Ciebie w ciągu pierwszych 90 dni Nieprzerwanego okresu ochrony, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie pieniężne. Świadczenie to równe jest sumie składek za Umowę dodatkową, które Właściciel polisy opłacił do dnia wystawienia skierowania na Leczenie operacyjne lub Leczenie niezabiegowe. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy Umowa dodatkowa została przedłużona.

Art. 4 Jakie Świadczenie medyczne zrealizujemy w ramach tej Umowy dodatkowej?

1. Jeżeli po 90 dniach Nieprzerwanego okresu ochrony wystąpi u Ciebie Zdarzenie ubezpieczeniowe, a my zaakceptujemy Twój wniosek o realizację Świadczenia medycznego to zorganizujemy i poniesiemy koszty:
 - a) Leczenia operacyjnego zgodnie z pkt 2 poniżej,
 - b) Leczenia niezabiegowego zgodnie z pkt 3 poniżej,
 - c) rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego po Leczeniu operacyjnym zgodnie z pkt 4 poniżej,
 - d) opieki medycznej przed i po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym zgodnie z pkt. 5-6 poniżej,
 - e) wsparcia Koordynatora Opieki Szpitalnej zgodnie z pkt. 7 poniżej,
 - f) Przeglądu stanu zdrowia zgodnie z pkt 8-10 poniżej.
2. Leczenie operacyjne obejmuje Twój pobyt na oddziale szpitalnym, który:
 - a) odbywa się w terminie ustalonym przez KOS z Tobą i Szpitalem.
 - b) może zostać odroczony o co najmniej 7 dni od momentu, w którym Lekarz, który kwalifikuje Cię do operacji lub zabiegu potwierdzi tę konieczność. Czas odroczenia nie może przekroczyć terminu, po którym może nastąpić:
 - i. możliwe do przewidzenia, ciężkie pogorszenie stanu zdrowia lub
 - ii. znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia.
3. Leczenie niezabiegowe obejmuje Twój pobyt:
 - a) na którymkolwiek z oddziałów szpitalnych: chorób wewnętrznych, kardiologii, pulmonologii, neurologii, diabetologii, gastroenterologii, dermatologii, endokrynologii oraz nefrologii,

- b) dotyczy przeprowadzenia diagnostyki i leczenia Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego w warunkach szpitalnych uzasadnionych wskazaniami medycznymi,
 - c) odbywa się w terminie ustalonym przez KOS z Tobą i Szpitalem.
4. Rehabilitacja w postaci drenażu limfatycznego po Leczeniu operacyjnym obejmuje:
- a) niezbędne zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych wg zaleceń personelu lekarskiego lub fizjoterapeutycznego do 12 tygodni od daty wypisu ze Szpitala,
 - b) badania obrazowe niezbędne do monitorowania przebiegu postępów ww. rehabilitacji,
 - c) wizytę lekarską, która podsumowuje okres ww. rehabilitacji.
- Szczegółowy zakres rehabilitacji określa Lekarz, który prowadził Leczenie operacyjne. Zakres ten musi być określony przed końcem pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego. Nie zrealizujemy rehabilitacji zleconej przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez KOS.
5. Zapewnimy Ci diagnostykę i konsultacje medyczne przed Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym, które są niezbędne do tego, aby:
- a) określić konieczność przeprowadzenia u Ciebie Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego, jego typu, metody i zakresu zabiegu;
 - b) zakwalifikować Cię do Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego;
 - c) określić termin Twojego Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego;
 - d) opracować Twój plan leczenia.
- Zakres wszystkich badań oraz konsultacji określi Lekarz prowadzący Leczenie operacyjne w trakcie przygotowania Cię do tego leczenia.
6. W ramach opieki medycznej po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym w okresie do 60 dni od daty wypisu ze Szpitala zapewniamy Ci:
- a) Do 8 wizyt kontrolnych w Szpitalu lub Przychodni, które wskaże Ci KOS. Wizyty kontrolne mają na celu monitorowanie efektów przeprowadzonego Leczenia niezabiegowego, zabiegu lub operacji i procesu Twojego powrotu do zdrowia.
 - b) Niezbędne badania diagnostyczne, które wynikają ze wskazań medycznych. Muszą być one związane z wykonanym u Ciebie leczeniem, zabiegiem lub operacją. Jednocześnie muszą one zostać zlecone przez Lekarza w Szpitalu lub w trakcie wizyt kontrolnych, które opisaliśmy w pkt. a.
7. Zadaniem KOS jest wsparcie Cię w zakresie korzystania z Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego. Zakres usług realizowanych przez KOS obejmuje:
- a) koordynację przed Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym. Oznacza to, że KOS:
 - i. przedstawi Ci do wyboru dostępne Szpitale i Lekarzy;
 - ii. umówi Cię na badania i konsultacje kwalifikujące do Leczenia operacyjnego lub związane z Leczeniem niezabiegowym i zapewni monitorowanie ich realizacji;
 - iii. umówi Cię na przyjęcie do Szpitala zgodnie z Twoim wyborem, o ile to możliwe;
 - iv. przypomni Ci o terminie przyjęcia do Szpitala i o dokumentach, które są wymagane;
 - v. potwierdzi Twoją obecność w Szpitalu;
 - vi. skoordynuje obieg dokumentów medycznych między Tobą a Szpitalem;
 - vii. prześle Ci informacje, które dotyczą pobytu w Szpitalu.
 - b) koordynację w trakcie Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego. Oznacza to, że KOS:
 - i. zapewni bieżący kontakt ze Szpitalem;
 - ii. prześle Ci informacje o bieżącym statusie realizacji procedur medycznych osobie, która została przez Ciebie upoważniona do otrzymywania informacji medycznych;
 - iii. umówi Cię na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, w ciągu 30 dni od daty Twojego wypisu ze Szpitala;
 - iv. przedstawi Ci plan opieki po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym.
 - c) koordynację Twojej opieki po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym w ciągu 60 dni od daty wypisu ze Szpitala, zgodnie z zaleceniami Lekarza. Oznacza to, że KOS:
 - i. umówi Cię na zlecone badania;
 - ii. skompletuje dokumentację medyczną.

Ważne! Aby w pełni skorzystać z tej części Świadczenia medycznego, która jest realizowana przez KOS, niezbędne jest wyrażenie przez Ciebie zgody na udostępnienie:

- swojej dokumentacji medycznej oraz
- informacji o swoim stanie zdrowia.

Możesz to zrobić na etapie, gdy zgłaszasz wniosek o realizację świadczenia.

Na tej podstawie LUX MED i LMG będą mogły wymieniać się tymi danymi i udostępniać je sobie. Podmioty te upoważnią też swój personel do dostępu do tych danych.

8. Po każdym 24 miesięcznym okresie Nieprzerwanego okresu ochrony, w którym nie wystąpiła Choroba wymagająca Leczenia operacyjnego ani Choroba wymagająca Leczenia niezabiegowego, nabywasz prawo do Świadczenia medycznego, jakim jest Przegląd stanu zdrowia. Po skorzystaniu z tego Świadczenia medycznego nabywasz prawo do kolejnego świadczenia tego typu po upływie 24 miesięcy od realizacji Przeglądu stanu zdrowia, jeżeli zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe opisane w Art. 1 pkt 20c.
9. Przegląd stanu zdrowia rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).
10. Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach, której uzyskujesz zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.
11. Świadczenia medyczne są udzielane na terenie Polski w Szpitalach lub Przychodniach, które wskazał Ci KOS lub LUX MED, z tym że Przegląd stanu zdrowia realizowany jest wyłącznie w Przychodniach. Pełną listę Szpitali oraz Przychodni, w których realizowane są Świadczenia medyczne znajdziesz na naszej stronie internetowej.
12. W przypadku gdy zrezygnujesz z realizacji Świadczenia medycznego, nie przysługuje Ci świadczenie pieniężne, które będzie stanowić równowartość tego świadczenia.

Art. 5 Co musisz zrobić, abyśmy zrealizowali Świadczenie medyczne?

1. Jeżeli w czasie trwania tej Umowy dodatkowej Lekarz wystawił Ci skierowanie na Leczenie operacyjne lub Leczenie niezabiegowe w związku z wystąpieniem choroby, która:
 - a) pojawiła się u Ciebie w czasie Nieprzerwanego okresu ochrony oraz
 - b) dla Leczenia operacyjnego spełnia warunki określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej i Załączniku nr 1,
 - c) dla Leczenia niezabiegowego spełnia warunki określone w definicji Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego,poinformuj nas o tym. Złóż do nas wniosek o realizację Świadczenia medycznego.
2. W celu skorzystania z Przeglądu stanu zdrowia złóż do nas wniosek o realizację Świadczenia medycznego. Decyzję dotyczącą naszej odpowiedzialności w tym zakresie podejmiemy w oparciu o zgłoszone do nas wnioski o realizację Świadczenia medycznego z zakresu Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego z okresu 24 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
3. Decyzję dotyczącą naszej odpowiedzialności, która dotyczy Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego podejmiemy w oparciu o dokumenty medyczne z diagnostyki i/lub leczenia Twojej choroby.
4. Do realizacji Świadczenia medycznego innego niż Przegląd stanu zdrowia będziemy od Ciebie potrzebowali też:
 - a) Kopii skierowania do szpitala, które wystawił Lekarz. W celu prawidłowej realizacji Świadczenia medycznego skierowanie powinno być wystawione w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku.
 - b) Kopii posiadanych dokumentów medycznych z wizyty lekarskiej, podczas której Lekarz wystawił skierowanie.
 - c) Kopii dokumentów medycznych z pierwszej wizyty, podczas której Lekarz stwierdził objawy choroby, objętej zakresem ochrony tej Umowy dodatkowej.
 - d) W przypadku Leczenia niezabiegowego dokumentację potwierdzającą przebieg procesu leczenia i diagnostyki, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych zakończonego wystawieniem skierowania do Szpitala.
5. Jeśli nie będziemy mogli podjąć decyzji co do realizacji Świadczenia medycznego na podstawie dokumentów, które od Ciebie dostaliśmy, możemy wystąpić o informacje medyczne związane z Twoją chorobą do podmiotu leczniczego, który wystawił skierowanie na Leczenie operacyjne bądź Leczenie niezabiegowe lub prowadził jej diagnostykę.
6. W sytuacji gdy z przyczyn, które leżą po stronie LMG, podmiot ten nie będzie w stanie zrealizować Świadczenia medycznego w terminie określonym w Art. 6, to LMG zaproponuje Ci zwrot kosztów leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego zrealizowanego w placówce innej niż wskazana przez KOS. Leczenie to i jego koszty powinny być wcześniej uzgodnione z LMG. LMG zwróci Ci koszty na podstawie cen rynkowych i przedstawionych przez Ciebie rachunków wykonanego leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego.
7. W przypadku przeciwskażeń medycznych do realizacji Leczenia operacyjnego lub Leczenia niezabiegowego lekarz Szpitala lub Przychodni może odroczyć jego wykonanie do czasu usunięcia lub zaprzestania działania tych przeciwskażeń.

Art. 6 Kiedy zrealizujemy Świadczenie medyczne?

1. Zrealizujemy Świadczenie medyczne, jeśli w Nieprzerwanym okresie ochrony:
 - a) zajdzie u Ciebie Zdarzenie ubezpieczeniowe i
 - b) zaakceptujemy Twój wniosek o realizację tego świadczenia.
2. Realizację Świadczenia medycznego rozpoczniemy w ciągu 30 dni od dnia w którym dostaniemy od Ciebie wniosek o realizację tego świadczenia.

Art. 7 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia medycznego?

1. Umowa dodatkowa nie obejmuje:
 - a) dla Leczenia operacyjnego: leczenia, w tym również następstw schorzeń, urazów innych niż Choroby wymagające Leczenia operacyjnego wymienione w Załączniku nr 1;
 - b) dla Leczenia niezabiegowego:
 1. diagnostyki i leczenia następstw udarów,
 2. leczenia chorób hematologicznych oraz ich następstw,
 3. diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności oraz ich następstw,
 4. diagnozowania i leczenia związanego z korektą płci oraz ich następstw,
 5. diagnozowania i leczenia wrodzonych wad genetycznych związanych z nieprawidłowościami w strukturze i liczbie chromosomów (aberracjami chromosomalnymi) oraz wad wrodzonych wywołujących orzeczoną niesprawność oraz ich następstw,
 6. diagnozowania i leczenia Chorób rzadkich oraz ich następstw,
 7. diagnozowania i leczenia z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, kosmetologii, a także leczenia ich niepożądanych następstw, za wyjątkiem zdarzeń opisanych w Załączniku nr 1,
 8. przewlekłego leczenia nerkozastępczego,
 9. diagnostyki i leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych,
 10. programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych,
 11. terapii systemowych (chemioterapii, immunoterapii, CAR-T i innych) oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego,
 12. usuwania znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych,
 13. planowanego zastosowania innowacyjnej terapii farmakologicznej chorób przewlekłych;
 - c) dla rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego: zabiegów rehabilitacyjnych, które wynikają ze wskazań innych niż następstwa Leczenia operacyjnego zrealizowanego w ramach tej Umowy dodatkowej.
 - d) leczenia, w tym również następstw: schorzeń lub urazów w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych, ostrych;
 - e) wszczepienia protez lub implantów;
 - f) leczenia w oddziałach psychiatrycznych i leczenia, które wynika ze wskazań natury psychologicznej;
 - g) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków, które nie są związane z koniecznością kontynuacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego prowadzonego w Szpitalu lub Przychodni wskazanej przez nas;
 - h) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń, które są następstwem tych zakażeń;
 - i) Leczenia operacyjnego, Leczenia niezabiegowego, rehabilitacji w postaci drenażu limfatycznego, Przeglądu stanu zdrowia lub opieki medycznej po Leczeniu operacyjnym lub Leczeniu niezabiegowym wykonanych w innych placówkach niż wskazane przez KOS lub Lux Med, jeżeli nie było to uzgodnione z LMG zgodnie z Art. 5 punkt 6;
 - j) diagnozowania i leczenia bez wskazań medycznych;
 - k) detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego oraz ich następstw;
 - l) świadczeń, które zostały zorganizowane samodzielnie przed zgłoszeniem Zdarzenia ubezpieczeniowego do nas lub były w trakcie oczekiwania na decyzję;
 - m) leczenia, które ze względów bezpieczeństwa medycznego, stwierdzonego w dniu przyjęcia do Szpitala lub w trakcie pobytu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko i wielospecjalistycznego w placówce medycznej spoza listy Szpitali, o której piszemy w Art. 4 pkt 11 lub jej zakres wykracza poza zakres, który opisujemy w Załączniku nr 1.
2. Nie zrealizujemy badań i konsultacji w zakresie opieki medycznej przed Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym, które są:
 - a) zlecone przez inną placówkę medyczną niż wskazana przez KOS,
 - b) postawieniem diagnozy – identyfikacją choroby lub Twojego stanu zdrowotnego na podstawie zgromadzonych danych, za wyjątkiem tych, których cel nie został osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych w przypadku Leczenia niezabiegowego,
 - c) monitorowaniem leczenia – regularnym obserwowaniem i oceną Twojego stanu zdrowia podczas trwania terapii,
 - d) poradnictwem ogólnomedycznym – udzieleniem porad przez lekarzy, które dotyczą szerokiego zakresu problemów zdrowotnych,

- e) wydaniem drugiej opinii medycznej – dodatkową oceną Twojego stanu zdrowia od innego lekarza niż ten, który postawił pierwotną diagnozę lub zaproponował leczenie.
- 3. Zwrot kosztów, o którym piszemy w Art. 5 ust. 6 nie obejmuje kosztów produktów lub usług dodatkowych, które:
 - a) nie są związane z Leczeniem operacyjnym lub Leczeniem niezabiegowym,
 - b) nie są konieczne do leczenia Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego lub Choroby wymagającej Leczenia niezabiegowego z medycznego punktu widzenia lub
 - c) są realizowane na Twoje życzenie.

Zwrotem kosztów nie obejmujemy:

- a) opieki ordynatora czy kierownika oddziału lub innego personelu medycznego na Twoje życzenie,
- b) niestandardowych warunków pobytu lub żywienia w danej placówce medycznej.

Art. 8 Jak zawrzeć Umowę dodatkową i od kiedy trwa ochrona?

- 1. Umowę dodatkową zawieramy na podstawie wniosku Właściciela polisy. Wniosek musi być złożony za Twoją wiedzą i zgodą oraz zaakceptowany przez nas.
- 2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej może być złożony z wnioskiem o zawarcie Umowy podstawowej. Umowę dodatkową można też dokupić w trakcie trwania Umowy podstawowej.
- 3. Jeśli dokupujesz Umowę dodatkową, to ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu rozpocznie się pierwszego dnia Miesiąca polisowego po dniu, w którym zaakceptujemy wniosek.
- 4. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
- 5. Przed zawarciem Umowy dodatkowej możemy poprosić Ciebie o:
 - a) Informacje, które dotyczą stanu Twojego zdrowia,
 - b) dokumenty, które są niezbędne do oceny ryzyka, w tym dokumenty medyczne, które związane są ze stanem Twojego zdrowia w okresie, który poprzedza zawarcie tej Umowy dodatkowej,
 - c) poddanie się przez Ciebie badaniom lekarskim (z wyjątkiem badań genetycznych), które odbędą się w wyznaczonych przez nas placówkach medycznych i na nasz koszt.Informacje te są nam potrzebne, abyśmy mogli prawidłowo ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
- 6. Jeżeli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy Właściciela polisy i Ciebie o tym, że:
 - a) możemy zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach szczególnych, które odbiegają od wniosku, który złożył Właściciel polisy lub
 - b) nie zawrzemy Umowy dodatkowej.
- 7. O zawarciu Umowy dodatkowej poinformujemy Właściciela polisy. W tym celu prześlemy mu Dokument ubezpieczenia.

Art. 9 Kiedy można zawrzeć Umowę dodatkową i na jaki okres?

- 1. Umowę dodatkową można zawrzeć z Umową podstawową lub dokupić ją w trakcie jej trwania.
- 2. Umowę dodatkową zawieramy:
 - a) na 1 rok albo
 - b) do najbliższej rocznicy trwania Umowy podstawowej następującej po zawarciu Umowy dodatkowej, jednak na okres nie krótszy niż 4 Miesiące polisowe.

Art. 10 Czy możesz kontynuować ubezpieczenie?

- 1. Tak, jeśli proponujemy Właścicielowi polisy przedłużenie Umowy dodatkowej.
- 2. Umowę dodatkową przedłużymy na podstawie tych samych Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej, na których została zawarta.
- 3. Jeżeli Umowę dodatkową zawarliśmy na warunkach szczególnych, to przedłużymy ją z uwzględnieniem tych warunków.
- 4. Umowę dodatkową przedłużamy na 1 rok. Jeśli do końca Umowy podstawowej lub do rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po ukończeniu przez Ciebie 75 lat, został mniej niż 1 rok, to nie przedłużymy tej umowy na kolejny okres.
- 5. Umowa dodatkowa nie przedłuży się, jeśli nie przekazemy Właścicielowi polisy propozycji przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 11 Kiedy wygasa Umowa dodatkowa?

Umowa dodatkowa wygasa:

- a) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy lub Umowy podstawowej,
- b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
- c) z dniem rozwiązania tej Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia przez Właściciela polisy,
- d) z dniem rocznicy rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpi po dniu ukończenia przez Ciebie 75 lat.

Art. 12 Jak obliczymy wysokość składki za Umowę dodatkową i jak należy ją opłacać?

1. Wysokość składki za Umowę dodatkową ustalamy zgodnie z obowiązującą taryfą składek. Wysokość składki obliczamy na podstawie Twojego wieku oraz należnych zniżek.
2. Na wysokość Składki mogą mieć też wpływ, takie czynniki jak:
 - a) stan Twojego zdrowia,
 - b) historia chorób w Twojej rodzinie.
3. Składkę za Umowę dodatkową opłaca Właściciel polisy razem ze Składką za Umowę.

Art. 13 Jakie jest zastosowanie Warunków Umowy podstawowej?

1. W sprawach, których nie regulują Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej, stosujemy odpowiednie postanowienia z Warunków Umowy podstawowej.
2. W tym dokumencie znajdziesz słowa, które zapisaliśmy wielką literą, a których nie zdefiniowaliśmy w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W takich przypadkach mają one znaczenie zgodne z definicjami, których używamy w Warunkach Umowy podstawowej.

Art. 14 Kiedy Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej weszły w życie?

Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy dodatkowej zatwierdził Zarząd Nationale-Nederlanden Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 73/2025 z 1 lipca 2025 r. Obowiązują one od 3 lipca 2025 r.



Edyta Fundowicz
Członek Zarządu



Jacek Koronkiewicz
Członek Zarządu

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025

Definicje Chorób objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej

Definicja Choroby obejmuje wyłącznie zachorowania o poniższych szczegółowych kodach ICD-10. Dla potwierdzenia zachorowania kod ICD-10 powinien być wskazany na skierowaniu na Leczenie operacyjne:

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
chirurgia ogólna + naczyniowa	K44.9	Przepuklina brzuszna to przemieszczenie zawartości jamy brzusznej w worku przepuklinowym poza jej ścianę. Definicja obejmuje przepukliny pachwinowe, udowe, pępkowe oraz dodatkowo w ramach umowy przepuklinę rozworu przełykowego, w której część żołądka przemieszcza się do klatki piersiowej (kod ICD 10: K40.2; K40.9; K41.2; K41.9; K42.9; K43.9; K44.9), dla których leczenie operacyjne odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K42.9	
	K43.9	
	K40.2	
	K40.9	
	K41.2	
	K41.9	
	E04.0	Wole tarczycy to objaw choroby tarczycy, w którym najczęściej dochodzi do jej powiększenia lub obecności guzków. Definicja obejmuje wole nietoksyczne rozlane, guzek tarczycy pojedynczy, wole wieloguzkowe tarczycy oraz inne określone wole (kod ICD 10: E04.0; E04.1; E04.2; E04.8), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	E04.1	
	E04.2	
	E04.8	
	E21.0	Nadczynność przytarczyc polega na nadmiernym wydzielaniu parathormonu (PTH) przez komórki przytarczyc, które zaburza gospodarkę wapniową. Definicja obejmuje nadczynność pierwotną, wtórną, inną oraz inne określone choroby przytarczyc (kod ICD 10: E21.0; E21.1; E21.2; E21.4), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	E21.1	
	E21.2	
	E21.4	
	I83.9	Żyłaki kończyn dolnych to wydłużenie i poszerzenie żyły, które prowadzi do jej krętego przebiegu. Definicja obejmuje żyłaki kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia (kod ICD 10: I83.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych. Dodatkowo nie obejmuje pajęczek żylnych tzw. teleleangiektazji i żyłaków siatkowatych.
	I84.0	Guzy krwawnicze odbytu (żyłaki odbytu, choroba hemoroidalna) to powiększenie jamistych, tętniczo-żylnych struktur w kanale odbytu zwanych guzkami krwawniczymi. Definicja obejmuje żyłaki odbytu wewnętrzne oraz zewnętrzne zarówno zakrzepowe jak i bez innych powikłań (kod ICD 10: I84.0; I84.2; I84.3; I84.5; I84.6; I84.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	I84.2	
	I84.3	
	I84.5	
	I84.6	
	I84.9	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
chirurgia ogólna + naczyniowa	I86.1	Żyłaki powrózka nasiennego to poszerzenie naczyń żylnych w górnym biegunie jądra. Definicja obejmuje żyłaki (kod ICD 10: I86.1), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K25.7	Wrzód żołądka to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku. Definicja obejmuje wrzody żołądka (kod ICD 10: K25.7), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K28.7	Wrzód żołądka i jelita czczego to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w żołądku i jelicie czczym. Definicja obejmuje wrzody (kod ICD 10: K28.7), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K26.7	Wrzód dwunastnicy to powtarzające się trawienne wrzody (ograniczone ubytki błony śluzowej z naciekiem zapalnym i martwicą) występujące w dwunastnicy. Definicja obejmuje wrzody dwunastnicy (kod ICD 10: K26.7), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K57.1	Choroba uchyłkowa (uchyłki) jelit to uwypuklenia błony śluzowej jelit na zewnątrz ich ściany. Definicja obejmuje chorobę uchyłkową jelita cienkiego lub jelita grubego bez objawów ostrego zapalenia, przedziurawienia lub ropnia (kody ICD 10: K57.1; K57.3; K57.5; K57.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K57.3	
	K57.5	
	K57.9	
	K63.5	Polip jelita grubego to rozrost łagodny błony śluzowej w kształcie uwypuklenia do światła jelita. Definicja obejmuje polipy uszypułowane lub nieuszypułowane okrężnicy (kod ICD 10: K63.5), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K50.0	Choroba Leśniowskiego i Crohna (ChLC) jest pełnościenne zapaleniem przewodu pokarmowego z charakterystycznymi zapalnymi zmianami odcinkowymi. Definicja w ramach umowy obejmuje zapalenia dotyczące jelita cienkiego i grubego (kod ICD10: K50.0; K50.1; K50.8), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K50.1	
	K50.8	
	K51.0	
	K51.1	Wrzodziejące zapalenie jelita to zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego pod postacią nadżerek lub owrzodzeń w cięższych przypadkach. Definicja obejmuje zapalenia jelita cienkiego i grubego, krętego i grubego, prostnicy, prostnicy i esicy, inne i nieokreślone zapalenia jelita grubego (kod ICD10: K51.0; K51.1; K51.2; K51.3; K51.8; K51.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K51.2	
	K51.3	
	K51.8	
	K51.9	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
chirurgia ogólna + naczyniowa	K80.2	Kamica żółciowa to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym i/lub drogach żółciowych występują nierozpuszczalne złoże zbudowane z substancji chemicznych, które znajdują się w żółci. Definicja obejmuje kamice żółciową bez objawów ostrego zapalenia (kody ICD 10: K80.2; K80.5; K81.1), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	K80.5	
	K81.1	
okulistyka	H26.0	Zaćma to zmętnienie soczewki, powodujące pogorszenie ostrości widzenia. Definicja obejmuje zaćmę dziecięcą, młodzieńczą i przedstarczą, urazową, wiskajną, polekową oraz stany po zaćmie i inne określone i nieokreślone postaci zaćmy (kody ICD 10: H26.0; H26.1; H26.2; H26.3; H26.4; H26.8; H26.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	H26.1	
	H26.2	
	H26.3	
	H26.4	
	H26.8	
	H26.9	
	H40.1	Jaskra to postępujące uszkodzenie nerwu wzrokowego w wyniku wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego, które prowadzi do ubytków w polu widzenia lub utraty wzroku. Definicja obejmuje jaskrę pierwotną z otwartym i zamkniętym kątem przesączania, wtórną oraz inne i nieokreślone postaci jaskry (kod ICD 10: H40.1; H40.2; H40.3; H40.4 ; H40.5; H40.6; H40.8; H40.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	H40.2	
	H40.3	
	H40.4	
	H40.5	
	H40.6	
	H40.8	
	H40.9	
	H00.0	Jęczmień to zapalenie bakteryjne (gronkowcowe) mieszka włosowego rzęsy. Definicja obejmuje ropień powieki i czyrak powieki (kod ICD 10: H00.0), dla których leczenie odbywa się w formie leczenia zabiegowego w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	H00.1	Gradówka to jałowe zapalenie brzegu powiek. Definicja obejmuje gradówkę (kod ICD 10: H00.1), dla której leczenie odbywa się w formie leczenia zabiegowego w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
laryngologia	J35.0	Przerost migdałków to przewlekłe powiększenie się migdałków. Definicja obejmuje przerost migdałków podniebiennych, gardłowego, przewlekłe zapalenie migdałków, inne przewlekłe choroby migdałków (kod ICD 10: J35.0; J35.1; J35.2; J35.3), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J35.1	
	J35.2	
	J35.3	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
laryngologia	J34.2	Skrzywienie przegrody nosowej to zniekształcenie w obrębie jej sztywnego obramowania kostnego. Definicja obejmuje skrzywienie (kod ICD 10: J34.2), dla którego leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J34.3	Przerost małżowin nosowych to stan, w którym dochodzi do ich przewlekłego powiększenia. Definicja obejmuje przerost małżowin (kod ICD 10: J34.3), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J32.0	Przewlekłe zapalenie zatok to stan zapalny zatok trwający ponad 12 tygodni przy miernym nasileniu objawów takich jak: niedrożność/zatkanie/przekrwienie nosa, wydzielina z nosa, ból twarzy/rozpieranie, osłabienie lub utrata węchu. Definicja obejmuje przewlekłe zapalenie zatok szczękowych, czołowych, klinowych, komórek sitowych lub inne i nieokreślone (kody ICD 10: J32.0; J32.1; J32.2; J32.3; J32.4; J32.8; J32.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J32.1	
	J32.2	
	J32.3	
	J32.4	
	J32.8	
	J32.9	
	J33.0	Polipy nosa / zatok to rozrost łagodny błony śluzowej przewodów nosowych oraz zatok przynosowych, w kształcie uwypuklenia. Definicja obejmuje polipy jamy nosowej, zatok oraz nieokreślone polipy nosa (kod ICD 10: J33.0; J33.1; J33.8; J33.9), dla których leczenie operacyjne lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	J33.1	
	J33.8	
	J33.9	
urologia	N20.0	Kamica nerki i moczowodu to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. Definicja obejmuje kamicę nerki i moczowodu (kod ICD 10: N20.0; N20.1; N20.2), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N20.1	
	N20.2	
	N21.0	Kamica pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej to obecność złogów, które powstały w wyniku wytrącania się substancji chemicznych zawartych w moczu. Definicja obejmuje kamicę pęcherza moczowego i kamień w cewce moczowej (kod ICD 10: N21.0; N21.1), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N21.1	
	N28.1	Torbiele nerek to przestrzenie w obrębie miąższu nerki wypełnione płynem, powstałe w wyniku poszerzenia cewek nerkowych, swoim wyglądem przypominające pęcherzyki (kod ICD 10: N28.1). Definicja obejmuje torbiele, dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
urologia	N28.8	Torbiele ujścia moczowodu to poszerzenie odcinka moczowodu pod postacią rozdęcia tuż powyżej zwężenia moczowodu przy ujściu do pęcherza (kod ICD 10: N28.8). Definicja obejmuje torbiele, dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N35.0	Zwężenie cewki moczowej to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia światła cewki w wyniku stanów chorobowych lub urazów. Definicja obejmuje zwężenia pourazowe, pozapalne, inne i nieokreślone (kod ICD 10: N35.0; N35.1; N35.8; N35.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N35.1	
	N35.8	
	N35.9	
	N40.1	Przerost gruczołu krokowego to powiększenie stercza o charakterze łagodnym. Definicja obejmuje rozrost, przerost, powiększenie gruczołu (kod ICD 10: N40.1; N40.3; N40.6), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N40.3	
	N40.6	
ginekologia	N84.0	Polipy żeńskich narządów rodnych to rozrost łagodny ich błony śluzowej w kształcie uwypuklenia powyżej jej poziomu. Definicja obejmuje polipy trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu oraz innych części żeńskiego narządu rodного i nieokreślone (kod ICD 10: N84.0; N84.1; N84.2; N84.3; N84.8; N84.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N84.1	
	N84.2	
	N84.3	
	N84.8	
	N84.9	
	N81.1	Wypadanie żeńskiego narządu rodного to zmiana położenia narządów miednicy, poniżej ich prawidłowego umiejscowienia, które skutkuje wypadaniem pochwy lub szyjki macicy lub macicy. Definicja obejmuje wypadanie macicy, pochwy zarówno częściowe jak i całkowite oraz dodatkowo obniżenie pęcherza moczowego (kod ICD 10: N81.1; N81.2; N81.3), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N81.2	
	N81.3	
	D25.0	Mięśniaki to nowotwory niezłośliwe macicy pochodzące z tkanki mięśniowej gładkiej, która buduje mięsień macicy. Definicja obejmuje mięśniaki podśluzówkowe, śródściennne, surowicze i nieokreślone (kod ICD 10: D25.0 ; D25.1 ; D25.2 ; D25.9), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	D25.1	
	D25.2	
	D25.9	
	N75.0	Torbiel lub ropień gruczołu Bartholina to zmiany powstałe w przebiegu jego stanu zapalnego wywołanego przez bakterie. Definicja obejmuje torbiel oraz ropień gruczołu (kod ICD 10: N75.0; N75.1) dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N75.1	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
ginekologia	N80.0	Endometrioza (Gruczolistość) to nieprawidłowe występowanie komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza właściwą strukturą, jaką jest jama macicy. Definicja obejmuje endometriozę macicy, jajnika, jajowodu, miednicy mniejszej, przegrody odbytniczo-pochwowej, pochwy, jelita, blizny skórnej, innych lokalizacji i nieokreślonej (kody ICD 10: N80.0; N80.1; N80.2; N80.3; N80.4; N80.5; N80.6; N80.8; N80.9), dla których leczenie operacyjnie lub zabiegowe odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N80.1	
	N80.2	
	N80.3	
	N80.4	
	N80.5	
	N80.6	
	N80.8	
	N80.9	
	N82.0	Przetoki żeńskich narządów rodnych to nieprawidłowe połączenie narządu rodniego z innym narządem, które powstało na skutek procesów chorobowych, również urazów. Definicja obejmuje przetoki pęcherzowo-pochwowe, między pochwą a jelitem cienkim, między pochwą a jelitem grubym, między żeńskim układem rozrodczym a skórą oraz inne przetoki między żeńskim układem rozrodczym a układem moczowym, jelitami (kod ICD 10: N82.0; N82.1; N82.2; N82.3; N82.4; N82.5; N82.8; N82.9), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N82.1	
	N82.2	
	N82.3	
	N82.4	
	N82.5	
	N82.8	
	N82.9	Torbiel jajnika lub torbiel jajowodu to występowanie w obrębie jajnika lub jajowodu nieprawidłowej przestrzeni z płynną treścią, otoczonej ścianą. Definicja obejmuje pęcherzykową torbiel jajnika, torbiele ciała żółtego, inne i nieokreślone torbiele jajnikowe oraz krwiaka jajowodu i inne i nieokreślone torbiele jajowodu (kod ICD 10: N83.0; N83.1; N83.2; N83.6; N83.8), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N83.0	
	N83.1	
	N83.2	
	N83.6	
	N83.8	Nietrzymanie moczu to niekontrolowane, niezależne od woli/świadomej decyzji danej osoby, oddawanie moczu z pęcherza moczowego. Definicja obejmuje nietrzymanie moczu wysiłkowe oraz inne określone nietrzymanie moczu (kod ICD 10: N39.3; N39.4), dla których leczenie operacyjnie odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	N39.3	
	N39.4	
kardiologia inwazyjna	I25.0	Przewlekła choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa) rozumiana w ramach umowy jako przewlekłe stany niedokrwienia mięśnia sercowego na tle przewężenia tętnic wieńcowych. Definicja obejmuje stany niedokrwienia mięśnia sercowego (kod ICD 10: I25.0), dla których leczenie zabiegowe (angioplastyka, koronarografia) odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
kardiologia inwazyjna	I47.1	Częstoskurcz napadowy to każdy nieutrwalony rytm serca o częstotliwości >100/min. Definicja obejmuje częstoskurcze napadowe nadkomorowe, komorowe (kod ICD 10: I47.1; I47.2), dla których leczenie zabiegowe (abłacja) odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	I47.2	
	I48.0	Migotanie przedsionków to nieskoordynowane pobudzenie przedsionków serca objawiające się szybką, niemiarną czynnością serca, często powodującą uczucie kołatania w klatce piersiowej. Definicja obejmuje migotanie napadowe, przetrwałe, utrwalone, typowe, atypowe oraz nieokreślone (kod ICD 10: I48.0; I48.1; I48.3), dla których leczenie zabiegowe (abłacja) odbywa się w trybie planowym. Nie obejmuje leczenia w trybie pilnym, w tym leczenia stanów nagłych/ostrych.
	I48.1	
	I48.3	
onkologia	C54.0	Zmiany nowotworowe trzonu macicy o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje zmiany nowotworowe trzonu macicy dotyczące jej: cieśni, błony śluzowej, mięśniówki, dna.
	C54.1	
	C54.2	
	C54.3	
	C56	Zmiany nowotworowe jajnika o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C53.0	Zmiany nowotworowe szyjki macicy o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe szyjki macicy dotyczące jej: błony śluzowej, błony zewnętrznej.
	C53.1	
	C50.0	Zmiany nowotworowe piersi (sutka) o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe piersi dotyczące jej: brodawki i otoczki brodawki sutkowej, centralnej części piersi, ćwiartki górnej wewnętrznej, ćwiartki dolnej wewnętrznej, ćwiartki górnej zewnętrznej, ćwiartki dolnej zewnętrznej, części pachowej. Obejmuje również rekonstrukcję piersi po mastektomii z powodu nowotworu złośliwego.
	C50.1	
	C50.2	
	C50.3	
	C50.4	
	C50.5	
	C50.6	
	C18.0	Zmiany nowotworowe jelita grubego o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe jelita grubego dotyczące jego: jelita ślepego, zastawki krętniczo-kątniczej, wyrostka robaczkowego, okrężnicy wstępującej, zgięcia wątrobowego, poprzecznej, zgięcia śledzionowego, okrężnicy zstępującej, esicy.
	C18.1	
	C18.2	
	C18.3	
	C18.4	
	C18.5	
	C18.6	
	C18.7	

Układ	Kody szczegółowe	Definicja Choroby wymagającej Leczenia operacyjnego
onkologia	C61	Zmiany nowotworowe gruczołu krokowego o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C64	Zmiany nowotworowe nerki (bez miedniczki nerkowej) o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C65	Zmiany nowotworowe miedniczki nerkowej o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne.
	C67.0	Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe pęcherza moczowego dotyczące jego: trójkąta, szczytu, ściany bocznej, ściany przedniej, ściany tylnej, szyi, ujścia, moczownika.
	C67.1	
	C67.2	
	C67.3	
	C67.4	
	C67.5	
	C67.6	
	C67.7	
	C16.0	Zmiany nowotworowe żołądka o różnej budowie histopatologicznej, których podstawową metodą leczenia umożliwiającą wyleczenie jest postępowanie operacyjne. Obejmuje Zmiany nowotworowe żołądka dotyczące jego: wpustu, dna, trzonu, ujścia odźwiernika, odźwiernika, krzywizny mniejszej nieokreślonej, krzywizny większej nieokreślonej.
	C16.1	
	C16.2	
	C16.3	
	C16.4	
	C16.5	
	C16.6	
	C44	Rak podstawnokomórkowy skóry – Zmiana nowotworowa skóry o niskim stopniu złośliwości, powolnym wzroście i bardzo rzadkim przerzutowaniu.

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowa dodatkowa – choroba wymagająca leczenia operacyjnego nr OWU/LS12/1/2025

Zakres konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych w ramach Przeglądu stanu zdrowia.

Kobiety	Mężczyźni
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego	Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja ginekologiczna	Konsultacja urologiczna
Konsultacja okulistyczna	Konsultacja okulistyczna
Badania laboratoryjne: • Mocz – badanie ogólne • Krew utajona w kale / F.O.B. • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • OB / ESR • Glukoza na czczo • TSH / hTSH • Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) • Transaminaza GPT / ALT • Standardowa cytologia szyjki macicy (nie obejmuje cytologii płynnej)	Badania laboratoryjne: • Mocz – badanie ogólne • Krew utajona w kale / F.O.B. • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • OB / ESR • Glukoza na czczo • TSH / hTSH • Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) • Transaminaza GPT / ALT • PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
Badania obrazowe: • RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych • USG jamy brzusznej • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne • USG piersi lub mammografia – w zależności od wskazań lekarskich	Badania obrazowe: • RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych • USG jamy brzusznej • USG gruczołu krokowego • USG jąder
Badania czynnościowe: • Badanie EKG – spoczynkowe	Badania czynnościowe: • Badanie EKG – spoczynkowe
Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program	Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program