



**UBEZPIECZENIE DODATKOWE KOMPLEKSOWEJ
OCHRONY NA WYPADEK POWAŻNEGO
ZACHOROWANIA**

PRUDENTIAL 

UBEZPIECZENIE DODATKOWE KOMPLEKSOWEJ OCHRONY NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (SIL/1/2020)

Poniżej znajdują się informacje na temat najistotniejszych cech produktu. Z uwagi na informacyjny charakter materiału nie zawarliśmy tu wszystkich warunków, na jakich jest zawierana Umowa dodatkowa, a niektóre z nich zostały przedstawione w sposób uproszczony. Wiążący charakter mają Ogólne Warunki Umowy dodatkowej (OWUD), dlatego rekomendujemy zapoznanie się z ich treścią.

Terminy zapisane dużymi literami w tym dokumencie mają znaczenie zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Umowy głównej (OWU) oraz OWUD.

Celem tej Umowy dodatkowej jest wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek Poważnego zachorowania, które zapewni Ubezpieczonemu wsparcie finansowe w trudnej sytuacji, jaką jest diagnoza Poważnego zachorowania, w tym przebycie poważnej operacji. Umowa dodatkowa nie może istnieć samodzielnie. Może być zawarta razem z Umową główną lub dokupiona do niej w trakcie jej trwania. Istotną rolę w tej Umowie dodatkowej odgrywają:

- Ubezpieczający – osoba zawierająca Umowę dodatkową i zobowiązana do terminowego opłacania składek za Umowę główną i Umowę dodatkową oraz
- Ubezpieczony – osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony; może nią być osoba fizyczna, która w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.

CECHY PRODUKTU I OPIS**ZAKRES UMOWY DODATKOWEJ**

Zakres Umowy dodatkowej określa przypadki, w których Prudential wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, jeśli w Okresie ubezpieczenia:

- zostało zdiagnozowane lub wystąpiło u Ubezpieczonego Poważne zachorowanie będące wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku, zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD; okres karencji oraz okres przeżycia stosowany jest do wybranych Poważnych zachorowań i w przypadku stosowania podany w definicji Poważnego zachorowania;
- została zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba, uprawniająca do uzyskania Drugiej opinii medycznej.

OKRES UBEZPIECZENIA

Czas trwania Umowy dodatkowej to:

- minimum 5 lat (jeżeli jest zawierana razem z Umową główną) lub minimum 4 lata i 1 miesiąc (jeżeli jest zawierana w trakcie trwania Umowy głównej);
- maksimum do końca Okresu ubezpieczenia w Umowie głównej, ale nie dłużej niż do rocznicy Umowy głównej następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

W przypadku gdy zadeklarowany przez Ubezpieczającego okres trwania Umowy dodatkowej przekracza 5 lat, kontynuacja ochrony ubezpieczeniowej po 5 latach może wiązać się ze zmianą wysokości składki za Umowę dodatkową, co musi być poprzedzone wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego.

OCENA STANU ZDROWIA UBEZPIECZONEGO PRZED ZAWarciEM UMOWY DODATKOWEJ

Przed zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający oraz Ubezpieczony odpowiadają na pytania wskazane w ankiecie oceny ryzyka we wniosku o zawarcie. Na podstawie udzielonych odpowiedzi podejmowana jest decyzja o warunkach, na jakich zostanie zawarta Umowa dodatkowa. Decyzja ta może zostać poprzedzona skierowaniem Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne, których koszt ponosi Prudential, a także koniecznością odpowiedzi na dodatkowe pytania, wynikające z wcześniej przekazanych informacji. Ważne jest, aby na etapie wypełniania wniosku podać prawdziwe informacje dotyczące stanu zdrowia, wykonywanego zawodu oraz uprawianego hobby. W przeciwnym razie Prudential może odmówić wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o czym szczegółowo piszemy w częściach Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Prudential.

POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z chwilą doręczenia Polisy i zaakceptowania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego warunków w niej przedstawionych.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE I SUMA UBEZPIECZENIA

Świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania jest równe procentowi Sumy ubezpieczenia właściwemu dla danego Poważnego zachorowania.

Minimalna Suma ubezpieczenia wynosi 10 000 zł, a maksymalna 2 000 000 zł.

W OWUD Poważne zachorowania są podzielone na grupy od 1 do 4 oraz mają przypisany określony procent Sumy ubezpieczenia (150%, 100%, 50%, 25%, 10%) wypłacany w razie zajścia zdarzenia:

- Z grupy 1 albo 2 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia ubezpieczeniowego, co skutkuje wygaśnięciem Umowy dodatkowej.
- Z grupy 3 lub 4 może być wypłacone więcej niż jedno Świadczenie ubezpieczeniowe, a ochrona ubezpieczeniowa z każdej z tych grup oddzielnie wygasa w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z danej grupy w łącznej wysokości 100% Sumy

ubezpieczenia. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie grupy 3 lub grupy 4 ochrona w zakresie pozostałych grup jest kontynuowana.

- Każda wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 3 lub 4 powoduje, że maksymalna wartość Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących w ramach danej grupy, wynosząca 100% Sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości Świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych z tej grupy.
- Ponadto każda wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 3 lub 4 powoduje, że maksymalna wartość Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 1, wynosząca 150% Sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości Świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych łącznie z grupy 3 i 4. W przypadku, gdy wartość Świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych z grupy 3 lub 4 osiągnie bądź przewyższy maksymalną wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 1, wygasa ochrona w zakresie grupy 1, a ochrona w zakresie grupy 2 jest kontynuowana.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

Świadczenie w postaci Drugiej opinii medycznej dotyczy Chorób zdiagnozowanych u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i wydawana jest na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego.

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

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

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PRUDENTIAL

Prudential nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Poważne zachorowanie lub zdarzenie, które je spowodowało, jest skutkiem lub nastąpiło w związku z:

- próbą samobójczą lub umyślnym samookaleceniem Ubezpieczonego;
- świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, działaniach wojennych, zbrojnych, zamieszkach lub aktach terroru;
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- okolicznościami, o które Prudential pytał we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przy zawieraniu Umowy dodatkowej i które zostały podane do wiadomości Prudential niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli; niniejsze wyłączenie odpowiedzialności Prudential nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.

Dodatkowo jeżeli Ubezpieczający podwyższał Sumę ubezpieczenia, w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego w związku z okolicznościami, o które Prudential pytał przy podwyższaniu Sumy ubezpieczenia i które to okoliczności zostały podane niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli, Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone w części dotyczącej podwyższenia; niniejsze ograniczenie odpowiedzialności Prudential nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zmiany Umowy dodatkowej.

Ponadto w definicjach Poważnych zachorowań opisanych w załączniku nr 1 do OWUD dodatkowo zawarte są wyłączenia dotyczące poszczególnych Poważnych zachorowań.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

- Odpowiedzialność Prudential obejmuje wyłącznie zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej. Prudential nie odpowiada za medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za błędy lekarskie i diagnostyczne popełnione w trakcie jej wydawania przez lekarzy wybranych do jej sporządzenia ani za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z Drugiej opinii medycznej.
- Treść Drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych dokumentów.
- Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza leczącego Ubezpieczonego i nie mogą być traktowane jako samodzielna diagnoza czy zalecenie terapeutyczne.
- W przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej Ubezpieczony powinien niezwłocznie podjąć leczenie wedle zaleceń lekarza, który prowadzi jego leczenie, bez oczekiwania na wydanie Drugiej opinii medycznej.

CO TRZEBA ZROBIĆ, ABY OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE?

W celu wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego osoba występująca z roszczeniem powinna złożyć do Prudential wnioski o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wraz z wymaganymi dokumentami niezbędnymi do oceny zasadności roszczenia. Wówczas:

- W ciągu 7 dni od jego otrzymania Prudential pisemnie lub drogą elektroniczną potwierdza jego otrzymanie wraz ze wskazaniem dokumentów potrzebnych do rozpatrzenia roszczenia. Lista wymaganych dokumentów jest dostępna na stronie internetowej Prudential, za pośrednictwem infolinii Prudential, w placówkach Prudential oraz u przedstawicieli Prudential.
- Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia oraz po wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Prudential i wysokości tego świadczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do wypłaty było niemożliwe w tym terminie, Prudential wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Prudential wypłaci w terminie 30 dni określonym w zdaniu pierwszym.

SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest częścią łącznej składki za Umowę główną i Umowę dodatkową, w związku z tym jest opłacana w takich samych terminach i z taką samą częstotliwością jak w Umowie głównej, czyli z częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.

KONSEKWENCJE NIEOPŁACENIA SKŁADKI

Łączna składka za Umowę główną i Umowę dodatkową powinna być opłacana w terminach podanych w Umowie. W przypadku gdy Ubezpieczający nie zapłaci składki za Umowę główną i Umowę dodatkową w terminie, ma wówczas dodatkowo 60 dni na jej opłacenie. W tym czasie Prudential udziela ochrony ubezpieczeniowej. Prudential wyśle do Ubezpieczającego wezwanie do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym jednak niż 7 dni od otrzymania wezwania. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci jej w podanym w liście terminie, zarówno Umowa główna, jak i wszystkie Umowy dodatkowe zostaną rozwiązane. Rozwiązanie niniejszej Umowy dodatkowej oznacza, że Ubezpieczony nie będzie miał zapewnionej ochrony na wypadek Poważnego zachorowania i Drugiej opinii medycznej.

INDEKSACJA I WALORYZACJA SKŁADKI

Indeksacja lub waloryzacja odbywają się na zasadach wskazanych w OWUD oraz zamieszczonych w OWU Umowy głównej i są możliwe, o ile dotyczą też Umowy głównej. W Rocznicę Umowy głównej Prudential może zaproponować indeksację lub waloryzację składki, a w konsekwencji podwyższenie Sumy ubezpieczenia i składki – Suma ubezpieczenia wzrasta o inny procent niż składka. Ubezpieczający może zrezygnować z indeksacji lub waloryzacji składki w danym roku i powrócić do nich od kolejnej rocznicy. Indeksacja i waloryzacja nie są możliwe po wypłacie jakiegokolwiek Świadczenia ubezpieczeniowego z tej Umowy dodatkowej.

ZMIANY W UMOWIE DODATKOWEJ DOKONYWANE NA WNIOSEK UBEZPIECZAJĄCEGO

W ramach zmian w Umowie dodatkowej Ubezpieczający może wnioskować o:

- podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia, które zawsze skutkuje zmianą wysokości składki;
- gwarantowane podwyższenie Sumy ubezpieczenia, które zawsze skutkuje zmianą wysokości składki.

Zmiany odbywają się na zasadach wskazanych w OWUD i w OWU.

Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej nie jest możliwe po wypłacie jakiegokolwiek Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu tej Umowy dodatkowej.

ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

Umowa dodatkowa wygasa lub rozwiązuje się z dniem:

- wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania wymienionego w ramach grupy 1 albo grupy 2;
- przekształcenia Umowy głównej w umowę bezskładkową (nie dotyczy Umowy zawartej do ubezpieczenia KOMFORT ŻYCIA);
- odstąpienia od Umowy dodatkowej lub upływu okresu jej wypowiedzenia;
- rozwiązania Umowy głównej lub jej wygaśnięcia;
- poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

UMOWY GŁÓWNE, W RAMACH KTÓRYCH MOŻLIWE JEST ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. KOMFORT ŻYCIA
2. EMERYTURA BEZ OBAW
3. OSZCZĘDNOŚCI NA PLUS
4. OSZCZĘDNOŚCI BEZ OBAW

INFORMACJE DODATKOWE

Dodatkowo informujemy, że w procesie zawarcia Umowy dodatkowej niektóre czynności dystrybucyjne mogą być wykonywane bezpośrednio przez pracowników Prudential. W związku z tym informujemy, że osoby wykonujące czynności dystrybucyjne w Prudential otrzymują wynagrodzenie stałe, wypłacane na podstawie umowy o pracę, z możliwością otrzymania premii uznaniowej.

Informacje o sposobie złożenia reklamacji i skargi oraz trybie ich rozpatrywania, a także o pozasądowym rozstrzygnięciu sporów znajdują się w OWU.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE KOMPLEKSOWEJ OCHRONY NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego (SIL/1/2020)

TABELA INFORMACYJNA DO POSTANOWIEŃ UMOWY

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> • Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 4 ust. 2 pkt 1, § 15 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 7, Załącznik nr 1 do OWUD – Lista Poważnych zachorowań; • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 4 ust. 2 pkt 2, § 11 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2; • Wartość wykupu: nie dotyczy.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> • Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 10 ust. 2-6 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 9, § 12 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 7 oraz z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w OWU Umowy głównej, § 14 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 7; Poszczególne definicje Poważnych zachorowań, zamieszczone w załączniku nr 1 do OWUD, zawierają ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Prudential; • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 11 ust. 2, 3 i 5, § 13 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 10.

§ 1. Postanowienia wstępne

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania stosuje się do dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawieranych z Prudential, które wskazane są w Polisie.

§ 2. Definicje

1. Określenia użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia dodatkowego oznaczają:
 - 1) **Choroba** – zaburzenie strukturalne lub funkcjonalne organizmu niezwiązane z Nieszczęśliwym wypadkiem, powodujące wystąpienie specyficznych objawów, sklasyfikowane w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta” i zdiagnozowane przez lekarza w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) **Druga opinia medyczna** – opinia medyczna dostarczona Ubezpieczonemu na piśmie przez Świadczeniodawcę w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby, dotycząca stanu zdrowia, diagnozy i leczenia Ubezpieczonego, wydawana na podstawie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego;
 - 3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, nagłą i niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 4) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w Polisie czas, przez jaki Prudential udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 5) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania;
 - 6) **Polisa** – wydany Ubezpieczającemu dokument, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej;
 - 7) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD, które zostało zdiagnozowane lub wystąpiło, w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) **Suma ubezpieczenia** – suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania, wskazana w Polisie, ulegająca zmianom i wypłacana na zasadach określonych w OWUD, stanowiąca podstawę do wyliczenia Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 9) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadkach określonych w OWUD, odpowiadająca procentowi Sumy ubezpieczenia wskazanemu w § 10 lub Druga opinia medyczna;
 - 10) **Świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z Prudential umowę dotyczącą sporządzenia i przekazania Drugiej opinii medycznej;
 - 11) **Tabela limitów** – dokument stanowiący załącznik nr 2 do OWUD, zawierający informację o limitach ustalonych przez Prudential dla Umowy dodatkowej, stanowiący integralną część OWUD;
 - 12) **Trwały ubytek neurologiczny** – obiektywne objawy uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego o trwałym charakterze, potwierdzone badaniem klinicznym przeprowadzonym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zmian stwierdzanych w badaniach obrazowych bez współistniejących obiektywnych objawów neurologicznych, idiopatycznych objawów występujących bez uchwytanych zmian w układzie nerwowym lub zaburzeń psychicznych;

- 13) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie głównej i w Umowie dodatkowej;
- 14) **Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWUD;
- 15) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie zawierana z Prudential, której uzupełnienie stanowi niniejsza Umowa dodatkowa.

2. Jeżeli OWUD nie stanowią inaczej, określenia zdefiniowane w OWU Umowy głównej używane są w OWUD w tym samym znaczeniu.

§ 3. Ubezpieczony

Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej może zostać objęty Ubezpieczony, który w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ukończył 18. rok życia, a nie ukończył 61. roku życia.

§ 4. Przedmiot i zakres Umowy dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje:
 - 1) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego, wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD,
 - 2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu tej Umowy dodatkowej, uprawniającej do uzyskania przez niego Drugiej opinii medycznej.

§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej

1. Do zawarcia Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące zawarcia Umowy głównej, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta:
 - 1) jednocześnie z Umową główną na okres 5 lat lub
 - 2) w trakcie trwania Umowy głównej na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc oraz nie dłuższy niż 5 lat,przy czym koniec Okresu ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej musi przypadać w rocznicę Umowy głównej, ale nie później niż w rocznicę Umowy głównej, przypadającą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Przy zawieraniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma prawo zadeklarować wolę kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na okres dłuższy niż wskazany w ust. 2. W takim przypadku Prudential może zaproponować kontynuację Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego na kolejny okres, każdorazowo nie dłuższy niż 5 lat. Kontynuacja Umowy dodatkowej, w ramach deklarowanego przez Ubezpieczającego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej, będzie miała miejsce na kolejny Okres ubezpieczenia bez ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz przy zachowaniu wszelkich warunków Umowy dodatkowej obowiązujących w ostatnim dniu upływającego Okresu ubezpieczenia, na podstawie propozycji złożonej Ubezpieczającemu przez Prudential. Propozycję taką Prudential może złożyć Ubezpieczającemu najpóźniej 30 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający nie zrezygnuje z kontynuacji Umowy dodatkowej najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem okresu, na jaki ma ona zostać przedłużona, Umowa dodatkowa jest kontynuowana zgodnie z przedstawioną propozycją. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać Umowę dodatkową w każdej chwili, zgodnie z postanowieniami § 6.

§ 6. Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Do rozwiązania Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące rozwiązania i wygaśnięcia Umowy głównej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa dodatkowa wygasa lub rozwiązuje się również z dniem:
 - 1) przekształcenia Umowy głównej w umowę bezskładkową, o ile Umowa główna przewiduje taką możliwość,
 - 2) poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
 - 3) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wymienionego w ramach grupy 1 albo grupy 2.

§ 7. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest ustalana z Ubezpieczającym przy zawieraniu Umowy dodatkowej i podlega zmianom na zasadach opisanych w OWUD.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia musi mieścić się w przedziale wskazanym w pkt 1 w Tabeli limitów.
3. Na wniosek Ubezpieczającego Suma ubezpieczenia może ulec podwyższeniu na zasadach określonych w OWU Umowy głównej w rozdziałach dotyczących gwarantowanego podwyższenia odpowiednio: gwarantowanej sumy z tytułu dożycia, gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub sumy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający może również wnioskować o inne niż wskazane w ust. 3 zmiany Sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU Umowy głównej w rozdziałach dotyczących zmian wysokości odpowiednio: gwarantowanej sumy z tytułu dożycia, gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie może być dokonane, jeśli od dnia, od którego zmiana ta miałaby obowiązywać do końca Okresu ubezpieczenia pozostał mniej niż rok ubezpieczenia;
 - 2) wartość, o jaką Suma ubezpieczenia może być podwyższona nie może być niższa niż wartość wskazana w pkt 3 w Tabeli limitów;
 - 3) obniżenie Sumy ubezpieczenia może być dokonane najwcześniej po upływie pierwszego roku ubezpieczenia Umowy dodatkowej;
 - 4) minimalne wysokości składek z tytułu Umowy dodatkowej dla poszczególnych częstotliwości po obniżeniu Sumy ubezpieczenia podane są w pkt 2 w Tabeli limitów.
5. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 3 i 4, nie jest możliwe po wypłacie jakiegokolwiek Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości składki z tytułu Umowy dodatkowej. Kwota zmiany składki jest ustalana na podstawie:
 - 1) kwoty zmiany Sumy ubezpieczenia,
 - 2) częstotliwości opłacania składek aktualnej na dzień wejścia w życie zmiany,
 - 3) wieku Ubezpieczonego aktualnego w dniu złożenia wniosku o zmianę,
 - 4) czasu, jaki pozostał od dnia wejścia w życie zmiany do końca deklarowanego przez Ubezpieczającego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na podstawie OWUD,
 - 5) wyników oceny ryzyka dotyczących kwoty zmiany Sumy ubezpieczenia.
7. Nowa wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej:
 - 1) w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia stanowi sumę dotychczasowej wysokości składki i kwoty zmiany składki,
 - 2) w przypadku obniżenia Sumy ubezpieczenia stanowi różnicę pomiędzy dotychczasową wysokością składki a kwotą zmiany składki.

§ 8. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana w oparciu o zakres ubezpieczenia, w tym z uwzględnieniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Prudential oraz na podstawie:
 - 1) Sumy ubezpieczenia,
 - 2) deklarowanego przez Ubezpieczającego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na podstawie OWUD,
 - 3) częstotliwości opłacania składek,
 - 4) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 5) wieku Ubezpieczonego w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Do opłacania, skutków nieopłacenia i zwrotu składki mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące składki należnej z tytułu Umowy głównej.
3. Wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej wskazana jest w Polisie.

§ 9. Indeksacja i waloryzacja

Do indeksacji oraz waloryzacji składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej i podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji składki stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące indeksacji oraz waloryzacji składki należnej z tytułu Umowy głównej. Indeksacja oraz waloryzacja składki z tytułu Umowy dodatkowej nie jest jednak możliwa po wypłacie jakiegokolwiek Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 10. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej dotyczące Poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1. W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostanie wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie równej odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego obowiązującej w dniu zdiagnozowania lub wystąpienia Poważnego zachorowania, określonego w poniższej tabeli:

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego wyrażona procentem Sumy Ubezpieczenia					
Grupa 1					
Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
1. Śpiączka z Trwałym ubytkiem neurologicznym	✓				
2. Schyłkowa niewydolność nerek	✓				
3. Schyłkowa niewydolność wątroby	✓				
4. Przeszczep narządów	✓				
5. Zaawansowana niewydolność oddechowa spowodowana przewlekłą chorobą płuc	✓				
6. Ciężka sepsa włączając przypadki wstrząsu septycznego	✓				
7. Choroba w schyłkowym okresie	✓				
Grupa 2					
Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
8. Stwardnienie rozsiane	✓				

Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
9. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓				
10. Choroba Alzheimera	✓				
11. Otępienie przedstarce	✓				
12. Zapalenie mózgu powodujące Trwały ubytek neurologiczny	✓				
13. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące Trwały ubytek neurologiczny	✓				
14. Choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe upośledzenie funkcji motorycznych	✓				
15. Dystrofia mięśniowa	✓				
16. Choroba Parkinsona	✓				
17. Postępujące porażenie nadjądrowe	✓				
18. Guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek	✓				
19. Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu	✓				
20. Choroba Leśniowskiego-Crohna powodująca konieczność resekcji jelita	✓				
21. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	✓				
22. Toczeń rumieniowaty układowy	✓				
23. Reumatoidalne zapalenie stawów powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji	✓				
24. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu	✓				
25. Zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków służbowych w określonych grupach zawodowych	✓				
Grupa 3					
Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
26. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego dużego stopnia		✓			
27. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego średniego stopnia			✓		
28. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego małego stopnia				✓	
29. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)		✓			
30. Operacja zastawek serca		✓			
31. Operacja aorty		✓			
32. Kardiomiopatia przebiegająca z niewydolnością krążenia		✓			

Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
33. Operacja na otwartym sercu		✓			
34. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne dużego stopnia		✓			
35. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne średniego stopnia			✓		
36. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne małego stopnia				✓	
37. Pierwotne nadciśnienie płucne z powiększeniem prawej komory serca		✓			
38. Operacja tętnicy płucnej		✓			
39. Angioplastyka tętnic wieńcowych					✓
40. Walwuloplastyka balonowa					✓
41. Chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej					✓
Grupa 4					
Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
42. Anemia aplastyczna		✓			
43. Łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia operacyjnego lub powodujący Trwały ubytek neurologiczny		✓			
44. Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym		✓			
45. Pneumektomia		✓			
46. Operacja mózgu		✓			
Grupa 4 – Nowotwory					
Nazwa Poważnego zachorowania	150%	100%	50%	25%	10%
47. Nowotwór złośliwy piersi w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)					✓
48. Nowotwór złośliwy szyjki macicy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)					✓
49. Nowotwór złośliwy jelita grubego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)					✓
50. Nowotwór złośliwy jajowodu w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)					✓
51. Nowotwór złośliwy pochwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)					✓
52. Nowotwór złośliwy sromu w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)					✓
53. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0					✓
54. Czerniak złośliwy skóry w stadium przedinwazyjnym (melanoma in situ)					✓

2. Z grupy 1 albo grupy 2 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 1 albo grupy 2 Umowa dodatkowa wygasa.
4. Z grupy 3 lub grupy 4 może być wypłacone więcej niż jedno Świadczenie ubezpieczeniowe, a ochrona ubezpieczeniowa z każdej z tych grup oddzielnie wygasa w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z danej grupy w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie grupy 3 lub grupy 4, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie pozostałych grup jest kontynuowana.
5. Każda wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 3 lub grupy 4 powoduje, że maksymalna wartość Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących w ramach danej grupy, wynosząca 100% Sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości Świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych z tej grupy.
6. Ponadto każda wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 3 lub grupy 4 powoduje, że maksymalna wartość Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 1, wynosząca 150% Sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości Świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych łącznie z grupy 3 i grupy 4. W przypadku, gdy suma świadczeń wypłaconych z grupy 3 lub 4 osiągnie bądź przewyższy maksymalną wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 1, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tej grupy wygasa. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie grupy 2 jest kontynuowana.

§ 11. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej dotyczące uzyskania przez Ubezpieczonego Drugiej opinii medycznej

1. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby, Prudential, na wniosek Ubezpieczonego, zorganizuje jego kontakt ze Świadczeniodawcą i pokryje koszty uzyskania przez Ubezpieczonego Drugiej opinii medycznej dotyczącej tej Choroby.
2. Ubezpieczony w każdym roku ubezpieczenia ma prawo do jednej Drugiej opinii medycznej w odniesieniu do danej Choroby. W przypadku gdy przekazana przez Ubezpieczonego dokumentacja medyczna w dniu złożenia wniosku o Drugą opinię medyczną jest starsza niż 12 miesięcy, Świadczeniodawca z uwagi na konieczność oceny aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego, może zwrócić się do Ubezpieczonego o dostarczenie zaktualizowanej dokumentacji medycznej.
3. Druga opinia medyczna jest oparta na historii Choroby i rozpoznaniu przeprowadzonym przez lekarzy leczących Ubezpieczonego.
4. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona na piśmie oraz przetłumaczona, jeśli zachodzi taka konieczność, na język polski.
5. Gdy do wydania Drugiej opinii medycznej niezbędne jest przeprowadzenie bezpośredniej oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego, Świadczeniodawca ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne w celu uzyskania dodatkowych informacji koniecznych do wydania Drugiej opinii medycznej. Koszty badań pokrywa Świadczeniodawca.

§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności Prudential w zakresie dotyczącym Poważnego zachorowania Ubezpieczonego

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważne zachorowanie lub zdarzenie, które je spowodowało, jest skutkiem lub nastąpiło w związku z:

- 1) próbą samobójczą lub umyślnym samookaleczeniem Ubezpieczonego,

- 2) świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, działaniach wojennych, zbrojnych, zamieszkach lub aktach terroru,
- 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

§ 13. Ograniczenia odpowiedzialności Prudential w zakresie dotyczącym Drugiej opinii medycznej

1. Odpowiedzialność Prudential obejmuje wyłącznie zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej. Prudential nie odpowiada za medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za błędy lekarskie i diagnostyczne popełnione w trakcie jej wydawania przez lekarzy wybranych do jej sporządzenia ani za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z Drugiej opinii medycznej.
2. Treść Drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych dokumentów.
3. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza leczącego Ubezpieczonego i nie mogą być traktowane jako samodzielna diagnoza czy zalecenie terapeutyczne.
4. W przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej Ubezpieczony powinien niezwłocznie podjąć leczenie wedle zaleceń lekarza, który prowadzi jego leczenie, bez oczekiwania na wydanie Drugiej opinii medycznej.

§ 14. Podanie nieprawdy przy zawieraniu Umowy dodatkowej lub w przypadku zmiany Umowy dodatkowej w zakresie dotyczącym Poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które Prudential pytał we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przy zawieraniu Umowy dodatkowej i które zostały podane niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.
2. Wyłączenie odpowiedzialności Prudential, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego ma miejsce po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej.
3. Prudential nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 7, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego zaszło w wyniku okoliczności, o które Prudential pytał przed wyrażeniem zgody na zmianę Umowy dodatkowej poprzez podwyższenie Sumy ubezpieczenia i które zostały podane do wiadomości Prudential niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.
4. Ograniczenie odpowiedzialności Prudential, o którym mowa w ust. 3, nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zmiany Umowy dodatkowej.
5. Jeżeli do naruszenia obowiązków Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli, które zostały wskazane w ust. 1 lub 3, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.

§ 15. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1. Do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że świadczenie to przysługuje Ubezpieczonemu oraz nie stosuje się postanowień dotyczących wypłaty zaliczek na poczet świadczenia.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
3. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W takim przypadku spadkobierca Ubezpieczonego jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
4. Prudential ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne w celu oceny zasadności zgłoszonego roszczenia. Koszty badań pokrywa Prudential.

§ 16. Reklamacje, skargi i zażalenia

Do reklamacji, skarg i zażaleń wynikających z Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące reklamacji, skarg i zażaleń.

§ 17. Treść Umowy dodatkowej

Treść Umowy dodatkowej określają Polisa oraz OWUD, a w zakresie w nich nieuregulowanym postanowienia Umowy głównej.

§ 18. Załączniki do OWUD

Załącznikami do OWUD, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) załącznik nr 1 – Lista Poważnych zachorowań,
- 2) załącznik nr 2 – Tabela limitów.

A. Messerli

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału



Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD

LISTA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

Dotyczy Ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania

GRUPA 1

1. Śpiączka z Trwałym ubytkiem neurologicznym

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 z wystąpieniem Trwałego ubytku neurologicznego, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki śpiączki w wyniku spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających oraz śpiączka farmakologiczna.

2. Schyłkowa niewydolność nerek

Schyłkowa stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

3. Schyłkowa niewydolność wątroby

Schyłkowa postać niewydolności wątroby wskutek marskości narządu powodująca wystąpienie wszystkich następujących objawów:

- trwałej żółtaczki,
- wodobrzusza,
- encefalopatii wątrobowej,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki niewydolności wątroby powstałej wskutek alkoholowej choroby wątroby potwierdzonej dokumentacją medyczną, używania narkotyków lub leków niezgodnie z zaleceniem lekarza.

4. Przeszczep narządów

Przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych ludzkich narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych ludzkich narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek.

5. Zaawansowana niewydolność oddechowa spowodowana przewlekłą chorobą płuc

Rozpoznana przez odpowiedniego lekarza specjalistę przewlekła choroba płuc, wyrażająca się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV₁) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,
- duszność spoczynkowa,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

6. Ciężka sepsa, włączając przypadki wstrząsu septycznego

Zagrażająca życiu dysfunkcja narządów spowodowana niewłaściwą (rozregulowaną) reakcją ustroju na zakażenie.

Dysfunkcja narządów musi zostać potwierdzona wystąpieniem co najmniej dwóch z następujących objawów pojawiających się wskutek zakażenia u osoby, u której objawy te wcześniej nie występowały:

- obniżenie stosunku tętniczej prężności tlenu do odsetka tlenu we wdychanej mieszance gazów (PaO₂/FiO₂) do wartości < 400 mmHg (<53.3 kPa),
- obniżenie liczby płytek krwi do wartości < 150 000/ μL,
- zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy do wartości > 1.2 mg/dL (>20 μmol/L),
- obniżenie wartości średniego ciśnienia tętniczego (mean arterial pressure) do wartości < 70 mmHg lub konieczność stosowania leków wzopresyjnych,
- zaburzenia stanu świadomości oceniane na podstawie skali Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS) ≤ 14 pkt,
- zwiększenie stężenia kreatyniny w surowicy > 1.2 mg/dL (110 μmol/L),

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie.

7. Choroba w schyłkowym okresie

Zaawansowana lub szybko postępująca nieuleczalna choroba, która według opinii prowadzącego lekarza specjalisty doprowadzi do zgonu w okresie najbliższych dwunastu miesięcy.

GRUPA 2

8. 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).

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

9. Choroba Creutzfeldta-Jakoba

Klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Creutzfeldta-Jakoba postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę, przy współistnieniu Trwałego ubytku neurologicznego, z utrzymującymi się symptomami klinicznymi, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

10. Choroba Alzheimerera

Klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Alzheimerera potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o bezwzględne stwierdzenie istnienia trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie, rozwiązywanie problemów).

11. Otępienie przedstarcze

Ostateczne rozpoznanie otępienia przedstarczego potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o postępujące zaburzenia poznawcze oraz utratę zdolności do zapamiętywania, postrzegania i rozumowania, prowadzące do ograniczenia zdolności umysłowych i funkcjonowania w społeczeństwie, wymagające stałej opieki nad chorym.

12. Zapalenie mózgu powodujące Trwały ubytek neurologiczny

Zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu powodujące powstanie Trwałego ubytku neurologicznego, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

13. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytek neurologiczny

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie Trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez odpowiedniego lekarza specjalistę, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zapalenie opon mózgowych o innej etiologii (w tym wirusowej) nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

14. Choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe upośledzenie funkcji motorycznych

Ostateczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego powodującej powstanie trwałego upośledzenia funkcji motorycznych, dokonane przez odpowiedniego lekarza specjalistę.

15. Dystrofia mięśniowa

Dystrofia mięśniowa rozpoznana przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o stwierdzenie wszystkich poniższych kryteriów:

- zespół kliniczny charakteryzujący się brakiem zaburzeń czucia, prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego i osłabieniem odruchów ścięgnowych,
- z medycznego punktu widzenia typowy dla tej choroby obraz elektromiograficzny,
- rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.

16. Choroba Parkinsona

Ostateczne rozpoznanie choroby Parkinsona, stwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o istnienie Trwałych ubytków neurologicznych, powodujących zaburzenia funkcji motorycznych, takich jak drżenie, sztywność kończyn i tułowia oraz niestabilność postawy. Z zakresu wyłączonej jest choroba Parkinsona spowodowana chorobą alkoholową potwierdzoną dokumentacją medyczną, używaniem narkotyków lub leków niezgodnie z zaleceniem lekarza.

17. Postępujące porażenie nadjądrowe

Ostateczne rozpoznanie postępującego porażenia nadjądrowego potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o stałe zaburzenia ruchowe, zaburzenia ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy.

18. Guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek

Jednoznaczne rozpoznanie guzkowego zapalenia tętnic postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę na podstawie kryteriów diagnostycznych American College of Rheumatology (ACR Criteria for the Classification of Polyarteritis Nodosa). Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem biopsji i choroba musi przebiegać z zajęciem nerek. Ubezpieczenie nie obejmuje postaci skórnej.

19. Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu

Rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby, której rozpoznanie zostało oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu łącznie wszystkich poniższych kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
- szybko narastająca żółtaczką,
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby),

pod warunkiem przeżycia 21 dni od wystąpienia wszystkich ww. kryteriów.

20. Choroba Leśniowskiego-Crohna powodująca konieczność resekcji jelita

Choroba Leśniowskiego-Crohna, w przebiegu której doszło do powstania zwężenia jelita powodującego jego niedrożność lub przetoki między pętlami jelita, co spowodowało przeprowadzenie resekcji jelita, po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatko-

wej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu. Rozpoznanie choroby musi zostać postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę i potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

21. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu

Zdiagnozowane po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu pod warunkiem przeprowadzenia operacji polegającej na usunięciu całego jelita grubego (okreźnicy) i przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

22. Toczeń rumieniowaty układowy

Klinicznie pewne rozpoznanie tocznia rumieniowatego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę na podstawie międzynarodowych kryteriów diagnostycznych przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Za międzynarodowe kryteria diagnostyczne uznaje się „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.

23. Reumatoidalne zapalenie stawów powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji

Uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją stawów z co najmniej trzech grup:

- stawy międzypaliczkowe rąk,
- stawy nadgarstkowe,
- stawy łokciowe,
- stawy kręgosłupa szyjnego,
- stawy kolanowe,
- stawy stóp.

Definicja obejmuje wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się trwałą utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech z wymienionych podstawowych czynności życiowych:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się,
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela,
- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczania się z pomieszczenia do pomieszczenia,
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej,
- odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust,
- higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).

24. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu

Zakażenie HIV, które zostało spowodowane:

- przetoczeniem 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 dodatkowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 180 dni od daty przetoczenia, lub
- przeszczepieniem Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia zabiegu.

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

Zakażenie HIV, będące wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego,

strażaka, policjanta, technika laboratoryjnego zatrudnionego w placówce medycznej oraz pracownika służby więziennej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto muszą być spełnione poniższe kryteria potwierdzone dokumentacją medyczną:

- Ubezpieczony zgłosił w miejscu pracy zdarzenie, które może być przyczyną zakażenia,
- testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu zdarzenia,
- serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV jest udokumentowana wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia zdarzenia.

GRUPA 3

26. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego dużego stopnia

Rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych symptomów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe z medycznego punktu widzenia 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,
- nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym.

Z zakresu wyłączone są inne ostre zespoły wieńcowe.

Zawał serca musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować trwałe upośledzenie funkcji lewej komory serca wyrażające się obniżeniem frakcji wyrzutu do wartości poniżej 36%, określonej badaniem echokardiograficznym (lub inną adekwatną metodą) wykonanym w terminie nie wcześniejszym niż po upływie miesiąca od dokonania się zawału, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

27. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego średniego stopnia

Rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych symptomów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe z medycznego punktu widzenia 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,
- nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,

- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym.

Z zakresu wyłączone są inne ostre zespoły wieńcowe.

Zawał serca musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować trwałe upośledzenie funkcji lewej komory serca wyrażające się obniżeniem frakcji wyrzutu do wartości między 36% i 55%, określonej badaniem echokardiograficznym (lub inną adekwatną metodą) wykonanym w terminie nie wcześniejszym niż po upływie miesiąca od dokonania się zawału, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

28. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego małego stopnia

Rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych symptomów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe z medycznego punktu widzenia 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,
- nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym.

Z zakresu wyłączone są inne ostre zespoły wieńcowe.

Zawał serca musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i skutkować tym, że frakcja wyrzutu określona badaniem echokardiograficznym (lub inną adekwatną metodą) wykonanym w terminie nie wcześniejszym niż po upływie miesiąca od dokonania się zawału wynosi co najmniej 56%, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

29. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)

Operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Zakres 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.

30. Operacja zastawek serca

Przeprowadzona nie wcześniej niż po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca wykonywana przez torakotomię (otwarcie klatki piersiowej), przeprowadzona na skutek ich uszkodzenia, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Wyłączone są operacje przy użyciu jedynie technik śródnaczyniowych. Ubezpieczenie nie obejmuje procedur wykonywanych z dostępu przez tętnicę obwodową.

31. Operacja aorty

Przeprowadzenie operacji chirurgicznej z powodu Choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, polegającej na wycięciu fragmentu aorty piersiowej lub brzusznej i zastąpieniu go przeszczepem naczyniowym, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia tej operacji. Operacja z powodu Choroby musi być przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej. Definicja nie obejmuje innych zabiegów dotyczących aorty wykonywanych bez otwarcia klatki piersiowej lub brzucha.

32. Kardiomiopatia przebiegająca z niewydolnością krążenia

Dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) spowodowana pierwotną chorobą mięśnia sercowego, powodująca niewydolność serca odpowiadającą trzeciej (III) lub czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA) oraz trwałe ograniczenie frakcji wyrzutowej poniżej 40%, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii alkoholowej.

33. Operacja na otwartym sercu

Przeprowadzona nie wcześniej niż po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej operacja kardiologiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej, wykonana na zalecenie odpowiedniego lekarza specjalisty, w celu leczenia jakichkolwiek chorób serca, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

34. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne dużego stopnia

Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających wedle wiedzy medycznej udarowi mózgu,
- obecność nowych obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 60 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu, o ile Ubezpieczony przeżyje do końca tego okresu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- wtórny krwotok do istniejącego ogniska poudarowego,
- jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Udar mózgu musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować Trwałe ubytki neurologiczne dużego stopnia, odpowiadające 4–5 wg zmodyfikowanej skali Rankina, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

35. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne średniego stopnia

Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających wedle wiedzy medycznej udarowi mózgu,
- obecność nowych obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 60 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu, o ile Ubezpieczony przeżyje do końca tego okresu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,

- wtórny krwotok do istniejącego ogniska poudarowego,
- jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Udar mózgu musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować Trwałe ubytki neurologiczne średniego stopnia, odpowiadające 3 wg zmodyfikowanej skali Rankina, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

36. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne małego stopnia

Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających wedle wiedzy medycznej udarowi mózgu,
- obecność nowych obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 60 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu, o ile Ubezpieczony przeżyje do końca tego okresu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- wtórny krwotok do istniejącego ogniska poudarowego,
- jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Udar mózgu musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować Trwałe ubytki neurologiczne małego stopnia, odpowiadające 1–2 wg zmodyfikowanej skali Rankina, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

37. Pierwotne nadciśnienie płucne z powiększeniem prawej komory serca

Pierwotne nadciśnienie płucne z towarzyszącym powiększeniem prawej komory serca potwierdzone wynikami bezpośrednich pomiarów ciśnień i przepływów krwi w trakcie cewnikowania tętnicy płucnej, powodujące trwałe objawy odpowiadające trzeciej (III) lub czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA) lub niewydolność krążenia, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

38. Operacja tętnicy płucnej

Operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

39. Angioplastyka tętnic wieńcowych

Zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej lub innej podobnej metody przeszskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych, którego przeprowadzenie wynika z istnienia angiograficznie potwierdzonego zwężenia tętnicy wieńcowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia zabiegu.

40. Walwuloplastyka balonowa

Zabieg polegający na mechanicznym poszerzeniu zwężonej zastawki serca za pomocą cewnika zakończony balonem, przeprowadzony po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia zabiegu.

41. Chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej

Przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej metodą endarteriektomii tętnicy szyjnej (usunięcie blaszek miażdżycowych z tętnic szyjnych), pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

Definicja nie obejmuje angioplastyki ani innych procedur wykonywanych z dostępu przez tętnicę obwodową.

GRUPA 4

42. Anemia aplastyczna

Trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- podawanie preparatów stymulujących szpik,
- podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- przeszczepienie szpiku kostnego,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę.

43. Łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia operacyjnego lub powodujący Trwały ubytek neurologiczny

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej niezłośliwy nowotwór mózgu, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych o lokalizacji wewnątrzczaszkowej, który został usunięty neurochirurgicznie lub w przypadku braku możliwości leczenia chirurgicznego, powodujący Trwały ubytek neurologiczny, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Ubezpieczenie nie obejmuje guzów przysadki mózgowej oraz naczynek.

44. Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego potwierdzone badaniem histopatologicznym. Definicja obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2bN0M0,
- rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- rak podstawnkomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty (dermatofibrosarcoma protuberans) skóry, jakiegokolwiek nowotwory złośliwe rozpoznane wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

45. Pneumektomia

Operacja polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z Choroby, przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji polegających na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu).

46. Operacja mózgu

Operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są operacje mózgu wykonywane na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

47. Nowotwór złośliwy piersi w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe piersi rozpoznane pierwotnie w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

48. Nowotwór złośliwy szyjki macicy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe szyjki macicy rozpoznane pierwotnie w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

49. Nowotwór złośliwy jelita grubego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe jelita grubego rozpoznane pierwotnie w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

50. Nowotwór złośliwy jajowodu w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe jajowodu rozpoznane pierwotnie w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

51. Nowotwór złośliwy pochwy w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe pochwy rozpoznane pierwotnie w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

52. Nowotwór złośliwy sromu w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (carcinoma in situ) potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie nowotwory złośliwe sromu rozpoznane pierwotnie w stadium carcinoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

53. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (prostaty) we wczesnym stadium zaawansowania, potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie raka gruczołu krokowego (prostaty) rozpoznanego pierwotnie w stadium T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0 albo T2aN0M0 według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- rak prostaty w stadium T2bN0M0 albo wyższym,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

54. Czerniak złośliwy skóry w stadium przedinwazyjnym (melanoma in situ)

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie czerniaka złośliwego skóry rozpoznanego pierwotnie w stadium melanoma in situ według klasyfikacji TNM (American Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem melanoma in situ,
- jakiegokolwiek nowotwór złośliwy rozpoznany wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.



Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału



Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWUD TABELA LIMITÓW

Dotyczy Ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania

1	Wysokość Sumy ubezpieczenia	Minimalna wysokość Sumy ubezpieczenia	10 000 zł
		Maksymalna wysokość Sumy ubezpieczenia	2 000 000 zł
		Powyższy limit maksymalnej Sumy ubezpieczenia nie dotyczy podwyższenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji	
2	Minimalna wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej po obniżeniu Sumy ubezpieczenia	Częstotliwość	Wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej
		Miesięczna	1 zł
		Kwartalna	3 zł
		Półroczna	6 zł
		Roczna	12 zł
3	Minimalne podwyższenie Sumy ubezpieczenia	10 000 zł	
4	Maksymalne Świadczenie ubezpieczeniowe	Wskazano w §10 ust. 2-6 OWUD	

A. Messerli

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału



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