

Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek poważnego zachorowania dziecka

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (CCI/1/2015)



§ 1. Postanowienia wstępne

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania dziecka 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 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” i zdiagnozowane przez lekarza w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
- 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, nagłą i niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
- 3) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w Polisie czas, przez jaki Prudential udziela ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) **OWUD** – Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania dziecka;
- 5) **Polisa** – wydany Ubezpieczającemu dokument, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej i zawierający jej szczegóły;
- 6) **Poważne zachorowanie** – jedno ze zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 2, które zostało zdiagnozowane lub zaszło, w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku;
- 7) **Składka** – kwota wpłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej w wysokości i terminach ustalonych przez strony, na rachunek bankowy wskazany przez Prudential;
- 8) **Stan po spożyciu alkoholu** – stan organizmu, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 promila alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 9) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, stanowiąca Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej;
- 10) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadkach określonych w OWUD;
- 11) **Trwały ubytek neurologiczny** – każdy objaw lub zespół objawów uszkodzenia układu nerwowego, który według wiedzy medycznej nie ulegnie zmianie bez względu na to, czy będzie prowadzone dalsze leczenie;
- 12) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna, która zawarła z Prudential Umowę główną oraz Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składki;

13) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ukończyła 3. miesiąc życia i nie ukończyła 14. roku życia. Ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczonym w Umowie głównej, chyba że ubezpieczonym w Umowie głównej jest inna osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy głównej ukończyła 16. rok życia;

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 niniejszych OWUD w tym samym znaczeniu.

§ 3. Przedmiot i zakres Umowy dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje jedno z niżej wskazanych Poważnych zachorowań Ubezpieczonego. Z zastrzeżeniem pkt b), d), e) oraz f) poniżej, Poważne zachorowanie Ubezpieczonego musi wystąpić w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W każdym z poniższych przypadków Poważnego zachorowania Ubezpieczony musi przeżyć 30 dni od dnia zajścia Poważnego zachorowania:
 - a) **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** powodujące powstanie Trwałego ubytku neurologicznego, o ile diagnoza została potwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są inne typy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych;
 - b) **łagodny nowotwór mózgu**, tj. zdiagnozowany po raz pierwszy po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia niezłośliwy nowotwór mózgu, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych, powodujący Trwały ubytek neurologiczny; zakresem ubezpieczenia objęta jest również operacja neurochirurgiczna wykonana w celu usunięcia guza (w całości lub częściowo); z zakresu ubezpieczenia wyłączone są guzy przysadki mózgowej oraz naczyniaki;
 - c) **utrata wzroku**, tj. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku odpowiadająca ostrości widzenia 3/60 lub mniejszej, pomimo stosowania adekwatnej korekty (np. okularów);
 - d) **operacja aorty**, tj. operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej polegająca na wycięciu części aorty i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona z powodu Choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia lub z powodu Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia; zakres ubezpieczenia nie obejmuje

jakichkolwiek innych zabiegowych procedur naczyniowych, takich jak np. zabiegi polegające na wprowadzeniu stentu do aorty lub procedury endowaskularne;

- e) **operacja zastawek serca**, tj. przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy dodatkowej pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana na otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek jej uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez lekarza specjalistę w zakresie kardiologii;
- f) **nowotwór złośliwy**, tj. nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Pierwsze rozpoznanie musi zostać postawione po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy dodatkowej i potwierdzone badaniem histopatologicznym; zakres ubezpieczenia obejmuje również białaczki, chłoniaki złośliwe (w tym chłoniak skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaki, z wyłączeniem:
- > raka nieinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji oraz zmian przedrakowych, raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - > nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - > raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego,
 - > nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- g) **śpiączka**, tj. 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 i powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, a w przypadku wypisu, zawierającej także ocenę stanu neurologicznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających;
- h) **niewydolność nerek**, tj. schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- i) **zapalenie mózgu**, tj. ostateczne rozpoznanie zapalenia mózgu powodującego powstanie Trwałego ubytku neurologicznego, potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; z zakresu ubezpieczenia wyłączony jest zespół chronicznego zmęczenia;
- j) **niewydolność wątroby**, tj. schyłkowa postać niewydolności wątroby wskutek marskości narządu, powodująca wystąpienie wszystkich następujących objawów: trwałej żółtaczki, wodobrzusza i encefalopatii wątrobowej; z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest niewydolność wątroby powstała wskutek nadużywania alkoholu, narkotyków lub leków;
- k) **ciężkie oparzenia**, tj. oparzenie trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała lub 30% powierzchni głowy i szyi lub 50% powierzchni twarzy.

§ 4. Zawarcie Umowy dodatkowej

1. Do zawarcia Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące zawarcia Umowy głównej, w szczególności dotyczące trybu zawarcia umowy, obowiązków Ubezpieczającego i Ubezpieczonego związanych z deklaracją ryzyka oraz daty zawarcia umowy.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta:
 - 1) wraz 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 18. 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 oraz opłaci pierwszą Składkę z tytułu nowego Okresu ubezpieczenia, Umowa dodatkowa jest kontynuowana zgodnie z przedstawioną propozycją. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać Umowę dodatkową w każdej chwili, zgodnie z postanowieniami § 5.

§ 5. Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

1. Do rozwiązania Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące rozwiązania Umowy głównej.
2. Umowa dodatkowa wygasa lub rozwiązuje się również:
 - 1) z dniem przekształcenia Umowy głównej w umowę bezskładkową, o ile Umowa główna przewiduje taką możliwość,
 - 2) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - 3) z dniem najbliższej rocznicy Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 18. roku życia,
 - 4) w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

§ 6. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest ustalana z Ubezpieczającym przy zawieraniu Umowy dodatkowej.
2. Suma ubezpieczenia z Umowy dodatkowej może ulegać zmianom niezależnie od zmiany odpowiednio: gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub sumy ubezpieczenia umowy głównej. Zasady jej zmiany zostały określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy głównej w rozdziałach dotyczących gwarantowanego podwyższenia odpowiednio: gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub sumy ubezpieczenia oraz zmian wysokości odpowiednio: gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub sumy ubezpieczenia.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki. 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.
4. Nowa wysokość Składki:
- 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.

§ 7. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość Składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana 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 dotyczące składki należnej z tytułu Umowy głównej.
3. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej wskazana jest w Polisie.

§ 8. Indeksacja i waloryzacja

1. Do indeksacji oraz waloryzacji Składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej i podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji Składki stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące indeksacji oraz waloryzacji składki należnej z tytułu Umowy głównej.
2. Obliczenie kwoty podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji jest dokonywane na podstawie:
 - 1) różnicy pomiędzy Składką odpowiednio po indeksacji lub waloryzacji i przed indeksacją lub waloryzacją,
 - 2) czasu, jaki pozostał do końca deklarowanego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej z Umowy dodatkowej na podstawie OWUD,
 - 3) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego z dnia zawarcia Umowy dodatkowej,
 - 4) aktualnej częstotliwości opłacania Składek,
 - 5) wieku Ubezpieczonego w dniu dokonania indeksacji lub waloryzacji.
3. Nowa wysokość Sumy ubezpieczenia stanowi sumę dotychczasowej wysokości Sumy ubezpieczenia oraz kwoty podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji.

§ 9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej

W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostanie wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Poważnego zachorowania.

§ 10. Wyłączenia odpowiedzialności Prudential

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

- 1) próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego,
- 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, działaniach wojennych, zbrojnych, zamieszkach lub aktach terroru,
- 3) działania Ubezpieczonego po spożyciu alkoholu lub narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że zostały one przepisane przez lekarza, z wyjątkiem jednak środków stosowanych w leczeniu uzależnień,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej.

§ 11. Podanie nieprawdy przy zawieraniu Umowy dodatkowej lub zawieraniu umowy w przypadku zmiany Umowy dodatkowej

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważne zachorowanie jest skutkiem okoliczności niepodanych do wiadomości Prudential, o które Prudential zapytywał we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przy zawieraniu Umowy dodatkowej albo podanych niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.
2. Jeżeli do naruszenia powyższych obowiązków Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Poważne zachorowanie jest skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.
3. Wyłączenie odpowiedzialności Prudential, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie ma miejsce po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej.
4. Prudential nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 6, jeżeli Poważne zachorowanie zaszło w wyniku okoliczności, o które Prudential zapytywał przed wyrażeniem zgody na zmianę Umowy dodatkowej poprzez podwyższenie Sumy ubezpieczenia i które nie zostały podane do wiadomości Prudential albo podane niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.

5. Jeżeli do naruszenia powyższych obowiązków Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Poważne zachorowanie jest skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.
6. Powyższe ograniczenie odpowiedzialności Prudential nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zawarcia umowy w przedmiocie zmiany Umowy dodatkowej.

§ 12. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej

1. Do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego należnego na podstawie Umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia dotyczące wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego na podstawie Umowy głównej, z zastrzeżeniem, że świadczenie to przysługuje Ubezpieczonemu oraz nie stosuje się postanowień dotyczących wypłaty zaliczek na poczet świadczenia.
2. Prudential ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne w celu oceny zasadności zgłoszonego roszczenia. Koszty badań pokrywa Prudential.

§ 13. Skargi i zażalenia

Do skarg i zażeń wynikających z Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące skarg i zażeń, określone w Umowie głównej.

§ 14. Treść Umowy dodatkowej

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



Abhishek Bhatia
Dyrektor Oddziału



Andrzej Gładysz
Zastępca Dyrektora Oddziału



The Prudential Assurance Company Limited sp. z o.o. Oddział w Polsce
ul. Puławska 182, 02-670 Warszawa, infolinia: 801 30 20 10
e-mail: bok@prudential.pl, www.prudential.pl

CCI/1/2015

Obowiązujące dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków złożonych Prudential w okresie od 31.08.2015 do 13.12.2015