

Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek poważnego zachorowania

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego
(CIP/1/2014)



§ 1. Postanowienia wstępne

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania stosuje się do dodatkowych umów ubezpieczenia zawieranych z Prudential jako uzupełnienie umów ubezpieczenia KOMFORT ŻYCIA.

§ 2. Definicje

1. Określenia użyte w niniejszych Ogólnych warunkach ubezpieczenia oznaczają:
 - 1) **OWUD** – Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania;
 - 2) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, wypłacana w przypadkach określonych w OWUD;
 - 3) **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;
 - 4) **Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWUD;
 - 5) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie zawierana z Prudential na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie KOMFORT ŻYCIA.
2. Jeżeli OWUD nie stanowią inaczej, określenia zdefiniowane w OWU umowy głównej używane są w niniejszych OWUD w tym samym znaczeniu.

§ 3. Ubezpieczający i Ubezpieczony

Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej może zostać objęty Ubezpieczony w Umowie głównej, 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 z tytułu Umowy dodatkowej obejmuje wystąpienie jednego z poniższych poważnych zachorowań, zdiagnozowanego po raz pierwszy po upływie 90 dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie pierwszej Umowy dodatkowej, pod warunkiem że Ubezpieczony przeżył 30 dni od dnia zdiagnozowania tego zachorowania:
 - 1) **nowotwór złośliwy**, tj. nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, o ile rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również białaczkę, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka 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 brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego,
- > nowotworów współistniejących z infekcją HIV;

- 2) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych**, tj. przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 3) **zawał serca**, tj. rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - > typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - > jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są inne ostre zespoły wieńcowe;

- 4) **niewydolność nerek**, tj. schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek) wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- 5) **przeszczep narządów**, tj. przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- 6) **stwardnienie rozsiane**, tj. rozpoznanie klinicznie pewnego stwardnienia rozsianego potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie stwierdzenia neurologicznych ubytków czuciowych lub ruchowych utrzymujących się nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są postaci choroby rozpoznane jako klinicznie

- prawdopodobne oraz inne zespoły neurologiczne, przypominające stwardnienie rozsiane, ale niespełniające kryteriów postaci klinicznie pewnej;
- 7) **udar mózgu**, tj. martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- > wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - > obecność nowych obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 60 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu,
 - > 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),
 - > wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych,
 - > zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- 8) **operacja aorty**, tj. operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej polegająca na wycięciu części aorty i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona z powodu choroby lub urazu, z wyłączeniem innych zabiegowych procedur naczyniowych (np. zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty lub procedur endowaskularnych);
- 9) **operacja zastawek serca**, tj. pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywana na otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia zastawki, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii;
- 10) **ciężkie oparzenia**, tj. oparzenia trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała lub 30% powierzchni głowy i szyi, lub 50% powierzchni twarzy.
- 11) **kardiomiopatia**, tj. ostateczne rozpoznanie kardiomiopatii postawione przez lekarza specjalistę kardiologa w oparciu o wyniki badań EKG i echokardiografii wykazujące obrazy typowe dla tego schorzenia, przy jednoczesnym współistnieniu wszystkich wymienionych poniżej czynników:
- > przeprowadzenie optymalnej terapii pozwoliło na ustabilizowanie objawów choroby na okres co najmniej sześciu miesięcy,
 - > stadium kliniczne nie przekracza trzeciej klasy wg klasyfikacji NYHA,
 - > istnieje trwałe uszkodzenie czynności lewej komory spowodowane kardiomiopatią.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest kardiomiopatia spowodowana nadużywaniem alkoholu lub narkotyków;
- 12) **choroba Alzheimera**, tj. klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Alzheimera potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza specjalistę geriatrę w oparciu o bezwzględne stwierdzenie istnienia trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywania, rozumowania, rozwiązywania problemów);
- 13) **łagodny nowotwór mózgu**, tj. niezłośliwy nowotwór mózgu, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujący trwały ubytek neurologiczny, z wyłączeniem guza przysadki mózgowej oraz naczynek.
- 14) **choroba Creutzfeldta-Jakoba**, tj. klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Creutzfeldta-Jakoba postawione przez specjalistę neurologa przy współistnieniu trwałego ubytku neurologicznego z utrzymującymi się symptomami klinicznymi;
- 15) **zapalenie mózgu**, tj. ostateczne rozpoznanie zapalenia mózgu powodującego powstanie trwałego ubytku neurologicznego postawione przez specjalistę neurologa.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłączony jest zespół chronicznego zmęczenia;
- 16) **choroba neuronu ruchowego**, tj. ostateczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego powodującej powstanie trwałego upośledzenia funkcji motorycznych potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa;
- 17) **choroba Parkinsona**, tj. jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o istnienie trwałych ubytków neurologicznych powodujących zaburzenia funkcji motorycznych, takich jak drżenie, sztywność kończyn i tułowia oraz niestabilność postawy.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest choroba Parkinsona spowodowana nadużywaniem leków;
- 18) **otępienie przedstarcze**, tj. ostateczne rozpoznanie otępienia przedstarczego potwierdzone 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;
- 19) **postępujące porażenie nadjądrowe**, tj. ostateczne rozpoznanie postępującego porażenia nadjądrowego potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o stałe zaburzenia ruchowe, zaburzenia ruchomości gałek ocznych oraz niestabilność postawy;
- 20) **anemia aplastyczna**, tj. 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.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie hematologii.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są inne typy anemii;
- 21) **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, o ile diagnoza została potwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa, z wyłączeniem innych typów zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych;
- 22) **zakażenie wirusem HIV**, tj. zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV), do którego doszło:
- > w wyniku transfuzji krwi koniecznej jako część leczenia,
 - > wskutek umyślnego zranienia (napaści) Ubezpieczonego przez osobę zakażoną,
 - > podczas typowych obowiązków zawodowych pracowników wykonujących jeden z zawodów wymienionych poniżej, jeżeli do zakażenia doszło po zawarciu umowy ubezpieczenia, a zdarzenie, które może być przyczyną poważnego zachorowania,

zostało zgłoszone pracodawcy zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Ubezpieczenie obejmuje zakażenie HIV, do którego doszło podczas typowych obowiązków zawodowych w następujących grupach zawodowych:

- > pracownicy szpitalni: lekarze, chirurdzy, specjaliści, pielęgniarki, salowe, dozorczy, pracownicy kuchni, pracownicy pralni i personel sprząający;
- > lekarze ogólni (rodzinni) oraz pielęgniarki;
- > lekarze stomatolodzy oraz pielęgniarki stomatologiczne;
- > położne;
- > ratownicy medyczni;
- > pracownicy karettek pogotowia;
- > strażacy;
- > technicy laboratoryjni zatrudnieni w placówkach medycznych;
- > pracownicy więziennictwa.

Jeżeli do zakażenia doszło w wyniku fizycznej napaści na Ubezpieczonego lub podczas wykonywania typowych obowiązków zawodowych, konieczne jest wykonanie, w ciągu 5 dni od wypadku, badań krwi wykazujących brak przeciwciał przeciwko HIV. W ciągu kolejnych 12 miesięcy konieczne jest również wykonanie następnych badań krwi potwierdzających zakażenie HIV lub obecność przeciwciał przeciwko HIV;

23) **operacja na otwartym sercu**, tj. zabieg kardiochirurgiczny wymagający otwarcia klatki piersiowej, wykonany na zalecenie lekarza specjalisty kardiologa, w celu naprawy jakichkolwiek chorób serca;

24) **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. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki śpiączki wynikające z użycia alkoholu lub innych substancji odurzających;

25) **utrata dłoni lub stopy**, tj. trwała fizyczna utrata dłoni lub stopy na wysokości lub powyżej nadgarstka lub kostki;

26) **paraliż**, tj. całkowita i trwała utrata funkcji którejkolwiek kończyny;

27) **poważny uraz głowy**, tj. martwica tkanki mózgowej spowodowana urazem głowy, skutkująca trwałymi ubytkami neurologicznymi.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są poważne urazy głowy zaistniałe w wyniku spożycia alkoholu lub narkotyków;

28) **utrata mowy**, tj. całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańdów głosowych. Utrata zdolności mowy nie może być możliwa do skorygowania przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi;

29) **utrata słuchu**, tj. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie przekraczającym natężenie 95 dB i w pełnym zakresie częstotliwości, potwierdzona badaniem audiometrycznym.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki utraty słuchu możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

30) **utrata wzroku**, tj. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku odpowiadająca ostrości widzenia 3/60 lub mniejszej pomimo stosowania adekwatnej korekty (np. okularów);

31) **niewydolność wątroby**, tj. schyłkowa postać niewydolności wątroby wskutek marskości narządu, powodująca wystąpienie wszystkich następujących objawów:

- > trwałej żółtaczki,
- > wodobrzusza,
- > encefalopatii wątrobowej.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki niewydolności wątroby powstałej wskutek nadużywania alkoholu lub leków;

32) **przewlekła choroba płuc**, tj. rozpoznana przez lekarza specjalistę przewlekła choroba płuc wyrażająca się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- > natężona objętość wydechuwa 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 mm Hg,
- > duszność spoczynkowa;

33) **toczeń rumieniowaty układowy**, tj. ostateczna diagnoza potwierdzająca tocznię rumieniowaty układowy postawiona przez lekarza specjalistę reumatologa przy współistnieniu jednego z poniższych kryteriów:

- > trwała niewydolność z współczynnikiem przesączania kłębuszkowego poniżej 30 ml/min/1,73 m² oraz
- > proteinuria lub hematuria (obecność białka lub krwi w moczu) lub
- > tocznię rumieniowaty układowy powodujący upośledzenie ośrodkowego układu nerwowego ze stałymi ubytkami neurologicznymi;

34) **choroba w schyłkowym okresie**, tj. zaawansowana lub szybko postępująca nieuleczalna choroba, która według opinii prowadzącego lekarza specjalisty doprowadzi do zgonu w okresie najbliższych dwunastu miesięcy.

§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej

1. Do zawarcia pierwszej 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. Pierwsza 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 tej Umowy dodatkowej musi przypadać w rocznicę umowy ubezpieczenia, ale nie później niż w rocznicę umowy ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Kolejna Umowa dodatkowa, w ramach deklarowanego czasu trwania, może zostać zawarta na czas określony bez ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie oferty złożonej Ubezpieczającemu przez Prudential. Prudential może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie kolejnej Umowy dodatkowej najpóźniej 30 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta dotychczasowa Umowa dodatkowa. Jeżeli Ubezpieczający nie zrezygnuje z zawarcia kolejnej

Umowy dodatkowej najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem okresu, na jaki ma ona zostać zawarta, uważa się, że wyraził zgodę na jej zawarcie na warunkach zaproponowanych przez Prudential.

§ 6. Ochrona ubezpieczeniowa

Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Umowy głównej.

§ 7. 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 z dniem:
 - 1) rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - 2) najbliższej rocznicy umowy ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
 - 3) uznania przez Prudential roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

§ 8. 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 Sumy ubezpieczenia umowy głównej. Zasady jej zmiany zostały określone w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy głównej. Do zmiany Sumy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio postanowienia § 13 OWU Umowy głównej.

§ 9. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość składki należnej z tytułu pierwszej Umowy dodatkowej jest ustalana na podstawie:
 - 1) Sumy ubezpieczenia,
 - 2) deklarowanego czasu trwania Umowy dodatkowej,
 - 3) częstotliwości opłacania składek,
 - 4) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 5) wieku Ubezpieczonego w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Wysokość składki należnej z tytułu kolejnej Umowy dodatkowej, w ramach deklarowanego czasu trwania, jest ustalana na podstawie:
 - 1) Sumy ubezpieczenia,
 - 2) deklarowanego czasu trwania Umowy dodatkowej,
 - 3) częstotliwości opłacania składek aktualnej w dniu zawarcia kolejnej Umowy dodatkowej,
 - 4) wieku Ubezpieczonego w dniu złożenia wniosku o zawarcie pierwszej Umowy dodatkowej oraz
 - 5) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego z dnia zawarcia pierwszej Umowy dodatkowej.
3. Do opłacania, skutków nieopłacenia i zwrotu składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące składki należnej z tytułu Umowy głównej.

§ 10. 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 dotyczące indeksacji oraz waloryzacji składki należnej z tytułu Umowy głównej.

§ 11. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

W razie poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostanie wypłacone świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zdiagnozowania poważnego zachorowania lub przeprowadzenia operacji.

§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności Prudential

Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem:

- 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.

§ 13. Podanie nieprawdy przy zawieraniu Umowy dodatkowej lub zawieraniu umowy w przedmiocie zmiany Umowy dodatkowej

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego jest skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.
3. 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.
4. Prudential nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 13 OWU Umowy głównej, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego zaszło w wyniku okoliczności, o które Prudential zapytywał przed wyrażeniem zgody na zmianę Umowy dodatkowej poprzez podwyższenie Sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 2 OWU Umowy głównej i które nie zostały podane do wiadomości Prudential albo zostały podane niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.

- Jeżeli do naruszenia powyższych obowiązków Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.
- Powyższe ograniczenie odpowiedzialności Prudential nie ma zastosowania, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zawarcia Umowy dodatkowej w przedmiocie zmiany Umowy dodatkowej zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 2 OWU Umowy głównej.

§ 14. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej

- Do wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego należnego na podstawie Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące wypłaty świadczenia na podstawie Umowy głównej.
- Wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa wymagane dokumenty, niezbędne do oceny zasadności zgłoszonego roszczenia. Lista wymaganych dokumentów jest dostępna na stronie internetowej Prudential, za pośrednictwem infolinii Prudential oraz w placówkach Prudential.

§ 15. 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