



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

PRUDENTIAL 

Obowiązujące dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków złożonych Prudential
w okresie od 14.12.2015 do 31.12.2018

UBEZPIECZENIE DODATKOWE KOMPLEKSOWEJ OCHRONY NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (SIL/1/2016)

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 wielkimi 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; jest nią 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, jeśli w Okresie ubezpieczenia:

- zostało zdiagnozowane lub zaszło 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;
- zdiagnozowana zostanie u Ubezpieczonego Choroba wskazana w Załączniku nr 2 do OWUD, 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 Rocznic 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 Ubezpieczony odpowiada 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, a ochrona ubezpieczeniowa z każdej z tych grup oddzielnie wygasa w przypadku wypłaty świadczenia 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 z grupy 3 lub 4 powoduje, że maksymalna wartość świadczeń przysługujących w ramach danej grupy, wynosząca 100% Sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń wypłaconych z tej grupy. Ponadto każda wypłata świadczenia z grupy 3 lub 4 powoduje, że maksymalna wartość świadczenia z grupy 1, wynosząca 150% Sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń wypłaconych łącznie z grupy 3 i 4.

Świadczenie w postaci Drugiej opinii medycznej dotyczy Chorób wskazanych w Załączniku nr 2 do OWUD. W każdym roku ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do jednej Drugiej opinii medycznej, dotyczącej każdej z Chorób wskazanych w tym Załączniku.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PRUDENTIAL

Prudential nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Poważne zachorowanie określone w Załączniku nr 1 do OWUD lub zdarzenie, które je spowodowało, jest skutkiem lub nastąpiło w związku z lub podczas:

- próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego;
- świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, działaniach wojennych, zbrojnych, zamieszkach lub aktach terroru;
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej;
- okoliczności niepodanych do wiadomości Prudential, o które Prudential pytał we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przy zawieraniu Umowy dodatkowej, albo podanych 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 nie zostały podane albo zostały podane niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli, świadczenie 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 zawarcia umowy w przedmiocie 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.

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, oraz wysokości tego świadczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do wypłaty było niemożliwe w tym terminie, Prudential wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od ich wyjaśnienia.

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 dodatkowe 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.

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 jej wypowiedzenia;
- rozwiązania Umowy głównej lub jej wygaśnięcia;
- najbliższej Rocznicy 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 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 Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Umowy głównej.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE KOMPLEKSOWEJ OCHRONY NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego (SIL/1/2016)

TABELA INFORMACYJNA DO POSTANOWIEŃ UMOWY

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU 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) OWUD – str. 2 OWUD, § 15 OWUD – str. 5-6 OWUD, Załącznik nr 1 – Lista Poważnych zachorowań – str. 7-12 OWUD; • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 4 ust. 2 pkt 2) OWUD – str. 2 OWUD, § 11 OWUD – str. 5 OWUD, Załącznik nr 2 do OWUD – Lista Chorób uprawniających do Drugiej opinii medycznej – str. 12-13 OWUD; • 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 OWUD – str. 4-5 OWUD, § 12 OWUD – str. 5 OWUD z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w OWU Umowy głównej, § 14 OWUD – str. 5 OWUD w zw. z § 2 ust. 1 pkt 7) OWUD – str. 2 OWUD; Poszczególne definicje Poważnych zachorowań, zamieszczone w Załączniku nr 1 do OWUD – str. 7-12 OWUD, zawierają ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Prudential; • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 11 ust. 2 OWUD – str. 5 OWUD w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1) OWUD – str. 2 OWUD, § 13 OWUD – str. 5 OWUD. |
| 3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy (jedynym obciążeniem Klienta jest opłacana składka). |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy (Ubezpieczenie dodatkowe nie posiada wartości wykupu). |

Obowiązujące dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków złożonych Prudential w okresie od 14.12.2015 do 31.12.2018

§ 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 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) **Druga opinia medyczna** – opinia medyczna dostarczona Ubezpieczonemu na piśmie przez Świadczeniodawcę w przypadku zdiagnozowania Choroby wskazanej w załączniku nr 2 do OWUD;
 - 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;
 - 5) **OWUD** – Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego kompleksowej ochrony na wypadek poważnego zachorowania;
 - 6) **Polisa** – wydany Ubezpieczającemu dokument, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej i zawierający jej szczegóły;
 - 7) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie wskazane w załączniku nr 1, 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;
 - 8) **Składka** – kwota wpłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej w wysokości i terminach ustalonych przez stronę, na rachunek bankowy wskazany przez Prudential;
 - 9) **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;
 - 10) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, stanowiąca podstawę do wyliczenia Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 11) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadkach określonych w OWUD, odpowiadająca procentowi Sumy ubezpieczenia wskazanemu w § 10 lub Druga opinia medyczna;
 - 12) **Świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z Prudential umowę dotyczącą sporządzenia i przekazania Drugiej opinii medycznej;
 - 13) **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;
 - 14) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna, która zawarła z Prudential Umowę główną oraz Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składki;
 - 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie głównej i w Umowie dodatkowej;

16) **Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWUD;

17) **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. Ubezpieczający i 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 wskazanej w załączniku nr 2 do OWUD 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 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 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 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 § 6.

§ 6. Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

- Do rozwiązania Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące rozwiązania Umowy głównej.
- Umowa dodatkowa wygasa lub rozwiązuje się również:
 - z dniem przekształcenia Umowy głównej w umowę bezskładową, o ile Umowa główna przewiduje taką możliwość,
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy głównej,
 - z dniem najbliższej rocznicy Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
 - w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wymienionego w ramach grupy 1 albo grupy 2.

§ 7. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

- Wysokość Sumy ubezpieczenia jest ustalana z Ubezpieczającym przy zawieraniu Umowy dodatkowej.
- 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. Podwyższenie sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej nie jest jednak możliwe po wypłacie jakiegokolwiek Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki. Kwota zmiany Składki jest ustalana na podstawie:
 - kwoty zmiany Sumy ubezpieczenia,
 - częstotliwości opłacania Składek aktualnej na dzień wejścia w życie zmiany,
 - wieku Ubezpieczonego aktualnego w dniu złożenia wniosku o zmianę,
 - 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,
 - wyników oceny ryzyka dotyczących kwoty zmiany Sumy ubezpieczenia.
- Nowa wysokość Składki:
 - w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia stanowi sumę dotychczasowej wysokości Składki i kwoty zmiany Składki,
 - w przypadku obniżenia Sumy ubezpieczenia stanowi różnicę pomiędzy dotychczasową wysokością Składki a kwotą zmiany Składki.

§ 8. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

- Wysokość Składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana na podstawie:
 - Sumy ubezpieczenia,
 - deklarowanego przez Ubezpieczającego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na podstawie OWUD,
 - częstotliwości opłacania Składek,

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

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

- W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostanie wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe w kwocie równej odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego obowiązującej w dniu powstania 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 | ✓ | | | | |
| 2. Niewydolność nerek | ✓ | | | | |
| 3. Niewydolność wątroby | ✓ | | | | |
| 4. Przeszczepianie narządów | ✓ | | | | |
| 5. Przewlekła choroba płuc | ✓ | | | | |
| 6. Ciężka sepsa | ✓ | | | | |
| 7. Choroba w schyłkowym okresie | ✓ | | | | |

| Grupa 2 | | | | | |
|---|------|------|-----|-----|-----|
| Nazwa Poważnego zachorowania | 150% | 100% | 50% | 25% | 10% |
| 8. Stwardnienie rozsiane | ✓ | | | | |
| 9. Choroba Creutzfeldta-Jakoba | ✓ | | | | |
| 10. Choroba Alzheimera | ✓ | | | | |
| 11. Otępienie przedstarce | ✓ | | | | |
| 12. Zapalenie mózgu | ✓ | | | | |
| 13. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | ✓ | | | | |
| 14. Choroba neuronu ruchowego | ✓ | | | | |
| 15. Dystrofia mięśniowa | ✓ | | | | |
| 16. Choroba Parkinsona | ✓ | | | | |
| 17. Postępujące porażenie nadjądrowe | ✓ | | | | |
| 18. Poliomyelitis | ✓ | | | | |
| 19. Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu | ✓ | | | | |
| 20. Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu | ✓ | | | | |
| 21. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu | ✓ | | | | |
| 22. Toczeń trzewny układowy | ✓ | | | | |
| 23. Reumatoidalne zapalenie stawów | ✓ | | | | |
| 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 i nieodwracalne upośledzenie funkcji lewej komory serca dużego stopnia | | ✓ | | | |
| 27. Zawał serca powodujący trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji lewej komory serca średniego stopnia | | | ✓ | | |
| 28. Zawał serca powodujący trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji lewej komory serca małego stopnia | | | | ✓ | |
| 29. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) | | ✓ | | | |
| 30. Operacja zastawek serca | | ✓ | | | |
| 31. Operacja aorty | | ✓ | | | |
| 32. Kardiomiopatia | | ✓ | | | |
| 33. Operacja na otwartym sercu | | ✓ | | | |
| 34. Udar mózgu powodujący ubytki neurologiczne dużego stopnia | | ✓ | | | |

| 35. Udar mózgu powodujący ubytki neurologiczne średniego stopnia | | | ✓ | | |
|---|------|------|-----|-----|-----|
| 36. Udar mózgu powodujący ubytki neurologiczne małego stopnia | | | | ✓ | |
| 37. Pierwotne nadciśnienie płucne | | ✓ | | | |
| 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 powodujący Trwały ubytek neurologiczny | | ✓ | | | |
| 44. Nowotwór złośliwy | | ✓ | | | |
| 45. Pneumektomia | | ✓ | | | |
| 46. Operacja mózgu | | ✓ | | | |
| Grupa 4 | | | | | |
| Nazwa Poważnego zachorowania | 150% | 100% | 50% | 25% | 10% |
| 47. Pierwotny nowotwór piersi | | | | | ✓ |
| 48. Pierwotny nowotwór szyjki macicy | | | | | ✓ |
| 49. Pierwotny nowotwór jajnika | | | | | ✓ |
| 50. Pierwotny nowotwór jajowodu | | | | | ✓ |
| 51. Pierwotny nowotwór pochwy | | | | | ✓ |
| 52. Pierwotny nowotwór sromu | | | | | ✓ |
| 53. Pierwotny nowotwór gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 | | | | | ✓ |
| 54. Czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka (stopień zaawansowania klinicznego wyższy niż IA wg klasyfikacji TNM lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa) | | | | | ✓ |

Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym

- Z grupy 1 albo grupy 2 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.
- W przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z grupy 1 albo grupy 2 Umowa dodatkowa wygasa.
- 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 ubezpie-

czenia. 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.

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

1. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby wskazanej w załączniku nr 2 do OWUD, na wniosek Ubezpieczonego, Prudential zorganizuje kontakt Ubezpieczonego ze Świadczeniodawcą, w celu uzyskania przez Ubezpieczonego Drugiej opinii medycznej dotyczącej tej Choroby.
2. Ubezpieczony w każdym roku ubezpieczenia ma prawo do jednej Drugiej opinii medycznej, dotyczącej każdej z Chorób wskazanych w załączniku nr 2 do OWUD.
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.

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

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważne zachorowanie określone w załączniku nr 1 do OWUD 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) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej.

§ 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.

§ 14. Podanie nieprawdy przy zawieraniu Umowy dodatkowej lub zawieraniu umowy 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 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 § 7, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego jest skutkiem niepodanych lub nieprawdziwych okoliczności.
6. Powyższe ograniczenie odpowiedzialności Prudential nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zawarcia umowy w przedmiocie zmiany Umowy dodatkowej.

§ 15. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego

1. Do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego 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. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W takim przypadku spadkobierca Ubezpieczonego jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli w terminach określonych w Umowie głównej świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone, Prudential

poinformuje na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, o przyczynie niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części.

4. Jeżeli świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Prudential poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
5. 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 zażeń wynikających z Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia dotyczące reklamacji, skarg i zażeń, określone w Umowie głównej.

§ 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: „Lista Poważnych zachorowań” oraz „Lista Chorób uprawniających do Drugiej opinii medycznej”.



Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału



Andrzej Gładysz
Zastępca Dyrektora Oddziału

Załącznik nr 1 - Lista Poważnych zachorowań

GRUPA 1

1. Śpiączka

Stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin i powodujący powstanie Trwałego ubytku neurologicznego, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, a w przypadku wypisu, zawierającej także ocenę stanu neurologicznego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki śpiączki w wyniku spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających.

2. Niewydolność nerek

Schyłkowe 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. 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 nadużywania alkoholu lub leków.

4. Przeszczepianie narządów

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 poprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy części narządów, tkanek lub komórek.

5. Przewlekła choroba płuc

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

- natężona objętość wydechu w jednosekundowej (FEV_1) 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 (PaO_2) poniżej 55 mm Hg,
- duszność spoczynkowa,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

6. Ciężka sepsa

Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Zakresem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:

- tętno > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
- temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foleya lub w żyłę centralnej > 38,5°C lub < 36°C,
- częstość oddechów > 2 odchyłeń standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji, niezwiązana z chorobą neuro-mięśniową ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
- poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
- poziom cukru we krwi > 120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy,

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, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

GRUPA 2

8. Stwardnienie rozsiane

Rozpoznanie klinicznie pewnego stwardnienia rozsianego, zdiagnozowane przez lekarza specjalistę neurologa, na podstawie stwierdzenia neurologicznych ubytków czuciowych lub ruchowych utrzymujących się nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Z zakresu wyłączone są postaci choroby rozpoznane jako klinicznie prawdopodobne oraz inne zespoły neurologiczne, przypominające stwardnienie rozsiane, ale niespełniające kryteriów postaci klinicznie pewnej.

9. Choroba Creutzfeldta-Jakoba

Klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Creutzfeldta-Jakoba postawione przez specjalistę neurologa, 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 lekarza specjalistę neurologa, lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza specjalistę geriatrę w oparciu o bezwzględne stwierdzenie istnienia trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywania, rozumowania, rozwiązywania problemów).

11. Otępienie przedstarcze

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.

12. Zapalenie mózgu

Ostateczne rozpoznanie zapalenia mózgu powodujące powstanie Trwałego ubytku neurologicznego, postawione przez specjalistę neurologa, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone jest zespół chronicznego zmęczenia.

13. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, powodujące powstanie Trwałych ubytków neurologicznych, stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są inne typy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w tym wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

14. Choroba neuronu ruchowego

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

15. Dystrofia mięśniowa

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

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

16. Choroba Parkinsona

Ostateczne rozpoznanie choroby Parkinsona, stwierdzone 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 wyłączona jest choroba Parkinsona spowodowana nadużyciem leków lub alkoholu.

17. Postępujące porażenie nadjądrowe

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

18. Poliomyelitis

Jednoznaczne rozpoznanie neuroinfekcji wirusem polio powodującej porażenia mięśni lub niewydolność oddechową, trwającą przez okres co najmniej trzech miesięcy, stwierdzone przez specjalistę neurologa, z wyjątkiem przypadków bezobjawowych lub poronnych, przebiegających bez porażenia, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

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 o ciężkim przebiegu

Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu, wymagająca częściowego wycięcia jelita cienkiego wykonanego podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji, po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu

Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu.

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 wymagające usunięcia całego jelita grubego (okrężnicy), pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

22. Toczeń trzewny układowy

Ostateczna diagnoza potwierdzająca toczeń rumieniowaty układowy postawiona przez lekarza specjalistę reumatologa przy współistnieniu co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

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

23. Reumatoidalne zapalenie stawów

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 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 samodzielnego 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 6 miesięcy 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 i nieodwracalne upośledzenie funkcji lewej komory serca 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 lub CK-MB), 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 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 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 co najmniej do 35%, 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 i nieodwracalne upośledzenie funkcji lewej komory serca 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 lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych symptomów 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 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 i nieodwracalne upośledzenie funkcji lewej komory serca 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 lub CK-MB), 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 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 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 przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie 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 na otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia zastawki, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.

31. Operacja aorty

Przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, polegająca na wycięciu części aorty i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Definicja nie obejmuje innych zabiegowych procedur naczyniowych (np. zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty lub procedur endowaskularnych).

32. Kardiomiopatia

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, która pozwoliła na ustabilizowanie objawów choroby na okres co najmniej sześciu miesięcy,
- stadium kliniczne nieprzekraczające trzeciej klasy wg klasyfikacji NYHA,
- trwałe uszkodzenie czynności lewej komory serca spowodowane kardiomiopatią,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kardiomiopatii spowodowanej nadużywaniem alkoholu lub narkotyków.

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 lekarza specjalisty kardiologa lub kardiochirurga, w celu naprawy jakichkolwiek chorób serca, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

34. Udar mózgu powodujący 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:

- 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.

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

35. Udar mózgu powodujący 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:

- 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.

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

36. Udar mózgu powodujący 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:

- 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.

Udar mózgu musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować małego stopnia ubytki neurologiczne, odpowiadające 0–2 wg zmodyfikowanej skali Rankina, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

37. Pierwotne nadciśnienie płucne

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 klasie wg klasyfikacji NYHA lub niewydolność krążenia, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

38. Operacja tętnicy płucnej

Operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, wskutek zalecenia kardiologa lub kardiochirurga, 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 przeszczątkowej 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 przez wykwalifikowanego lekarza specjalistę, 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 jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach szyjnych wykonywanych od strony światła tętnicy i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

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 lekarza specjalistę w zakresie hematologii.

43. Łagodny nowotwór mózgu 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, powodujący Trwały ubytek neurologiczny, z wyłączeniem guza przysadki mózgowej oraz naczyniaków, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Zakres ubezpieczenia obejmuje również operację neurochirurgiczną wykonaną w celu usunięcia guza (w całości lub częściowo).

44. Nowotwór złośliwy

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej 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. Definicja 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 brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego,
- nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

45. Pneumektomia

Operacja polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, 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 na podstawie wskazań specjalisty neurochirurga, z dostępu przez kraniotomię lub trepanopuncję i w znieczuleniu ogólnym, z wyjątkiem operacji mózgu wykonywanych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

47. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór piersi

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

48. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór szyjki macicy

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

49. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór jajnika

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

50. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór jajowodu

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

51. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór pochwy

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

52. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór sromu

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

53. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Pierwotny nowotwór gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

54. Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym – Czerniak złośliwy skóry nieprzekraczający warstwy naskórka (stopień zaawansowania klinicznego wyższy niż IA wg klasyfikacji TNM lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa)

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- wszelkie nowotwory skóry inne niż zdefiniowane powyżej (C44 wg ICD-10),
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Załącznik nr 2 - Lista Chorób uprawniających do Drugiej opinii medycznej

| | |
|-----------------------------------|--|
| A. Choroby mózgu | <ol style="list-style-type: none">1. Guz mózgu (łagodny lub złośliwy)2. Tętniak tętnicy mózgowej3. Ciężkie uszkodzenie mózgu4. Malformacje naczyniowe naczyń mózgowych |
| B. Nowotwory złośliwe | <ol style="list-style-type: none">1. Rak nadnerczy2. Rak pęcherza moczowego3. Nowotwory złośliwe kości4. Rak piersi5. Rak szyjki macicy6. Rak okrężnicy7. Rak okrężnicy i odbytnicy8. Rak dwunastnicy9. Rak trzonu macicy10. Rak przełyku11. Rak gałki ocznej12. Rak pęcherzykowy tarczycy13. Rak pęcherzyka żółciowego14. Rak żołądka15. Rak nerki16. Rak jelita cienkiego17. Rak krtani18. Rak wątroby19. Rak płuc20. Nowotwory złośliwe tkanek miękkich21. Czerniak złośliwy22. Przerzuty nowotworowe do rdzenia kręgowego23. Szpiczak mnogi24. Zespoły mielodysplastyczne (mielodysplazja szpiku)25. Nerwiak płodowy współczulny, nerwiak zarodkowy26. Rak jamy ustnej27. Rak jajnika28. Rak trzustki29. Rak ślinianki30. Rak gruczołu krokowego31. Rak odbytnicy32. Mięśaki33. Rak skóry (inny niż czerniak)34. Rak żołądka35. Rak jądra36. Rak tarczycy37. Rak macicy38. Rak pochwy39. Rak fałdów głosowych (krtani) |
| C. Choroby układu krążenia | <ol style="list-style-type: none">1. Tętniak aorty brzusznej2. Dusznicza bolesna (choroba wieńcowa)3. Tętniak aorty4. Zaburzenia rytmu serca5. Stymulator serca6. Kardiomiopatia7. Wrodzone wady serca8. Niewydolność krążenia (serca)9. Choroba niedokrwienności serca10. Ocena po pomostowaniu tętnic wieńcowych11. Kardiomiopatia rozstrzeniowa12. Ocena po przeszczepie serca13. Operacje zastawek serca14. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca15. Zawał serca16. Nadciśnienie płucne17. Choroby zastawek serca |

| | |
|--|--|
| D. Choroby jelita grubego | 1. Zapalenie okrężnicy 2. Choroba Crohna 3. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego |
| E. Choroby skóry | Owrzodzenia skóry |
| F. Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego | 1. Choroba Gravesa-Basedowa (nadczynność tarczycy) 2. Zespół mnogiej gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej 3. Zapalenie tarczycy |
| G. Schorzenia narządów zmysłów | 1. Zwrodnienie plamki związane z wiekiem 2. Utrata wzroku 3. Retinopatia cukrzycowa 4. Utrata słuchu 5. Utrata mowy 6. Odklejenie siatkówki 7. Witroretinopatia proliferacyjna |
| H. Schorzenia układu pokarmowego | 1. Przewlekłe zapalenie trzustki 2. Marskość wątroby 3. Nieswoiste zapalenia jelit 4. Zapalenie wątroby 5. Schyłkowa niewydolność wątroby 6. Niewydolność wątroby 7. Zespół jelita drażliwego 8. Choroby jelita grubego 9. Choroby jelita cienkiego |
| I. Choroby układu rozrodczego | Niepłodność (żeńską) |
| J. Choroby układu krwiotwórczego | 1. Niedokrwistość aplastyczna 2. Koagulopatie 3. Choroba Hodgkina/ziarnica złośliwa (dzieci) 4. Białaczka 5. Chłoniaki 6. Chłoniaki nieziarnicze |
| K. Schorzenia układu nerwowego | 1. Zespół apaliczny 2. Śpiączka 3. Torbielowatość rdzenia nerek 4. Choroba neuronu ruchowego 5. Stwardnienie rozsiane 6. Dystrofia mięśniów 7. Miastenia (tzw. miastenia rzekomoporaźna) 8. Choroba Parkinsona 9. Pierwotne stwardnienie boczne |
| L. Choroby biodra/kolan | 1. Zapalenie stawu biodrowego 2. Zapalenie stawu kolanowego 3. Jałowa martwica stawu biodrowego 4. Jałowa martwica stawu kolanowego 5. Choroby/urazy biodra 6. Utrata kończyn 7. Pourazowe zapalenie stawu kolanowego 8. Reumatoidalne zapalenie stawów (ciężka postać) |
| Ł. Nowotwory kości i tkanek miękkich | 1. Łagodne/złośliwe nowotwory kości 2. Łagodne/złośliwe nowotwory tkanek miękkich |

| | |
|---|--|
| M. Schorzenia układu oddechowego | 1. Astma 2. Zapalenie oskrzeli 3. Przewlekła obturacyjna choroba płuc 4. Zwłóknienie torbielowate; mukowiscydoza 5. Rozedma 6. Schyłkowa niewydolność oddechu 7. Ziarniniak eozynofilowy, ziarniniak kwasochłonny 8. Histiocytoza płucna X 9. Przewlekłe zapalenie płuc 10. Włóknienie płuc 11. Nadciśnienie płucne 12. Ziarniniak Wegenera |
| N. Schorzenia barku | 1. Zapalenie stawu barkowego 2. Powikłania po leczeniu operacyjnym 3. Złamania/urazy barku 4. Niestabilność stawu barkowego |
| O. Schorzenia kręgosłupa | 1. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa 2. Zapalenie stawów kręgosłupa 3. Przepuklina jądra miazdżystego 4. Ropień kręgosłupa 5. Zwężenie kanału kręgowego 6. Nowotwory kręgosłupa 7. Złamania kręgosłupa |
| P. Schorzenia układu moczowego | 1. Niewydolność nerek 2. Choroby tętnic nerkowych |
| R. Choroby naczyń obwodowych | 1. Zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń 2. Choroby naczyń mózgowych 3. Obrzęk limfatyczny 4. Zatorowość 5. Choroby tętnic kończyn dolnych 6. Choroby żył kończyn dolnych 7. Choroby naczyń obwodowych 8. Zespół żyły głównej 9. Niewydolność żylna 10. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa |
| S. Układowe | 1. AIDS 2. Zakażenie HIV 3. Poważne oparzenia 4. Porażenia (paraliż) 5. Wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego; choroba Heinego-Medina 6. Toczeń trzewny układowy |
| T. Przeszczepy narządów | 1. Szpik kostny 2. Rogówka 3. Serce 4. Płuca 5. Nerki 6. Wątroba 7. Trzustka 8. Skóra |



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

Obowiązujące dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków złożonych Prudential
w okresie od 14.12.2015 do 31.12.2018