

Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek poważnego zachorowania

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego

Informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz inne informacje, których obowiązek przekazania wynika z ustawy z dnia 15.12.2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń

Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek poważnego zachorowania (SIP/1/2026)

Poniżej znajdziesz najważniejsze informacje o Umowie dodatkowej. Materiał ma charakter informacyjny, dlatego nie zawarliśmy w nim wszystkich warunków, a część z nich przedstawiliśmy w sposób uproszczony.

Wiążący charakter mają Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania (OWUD) – zachęcamy, żebyś zapoznał się z ich treścią.

Terminy zapisane wielkimi literami mają znaczenie zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Umowy głównej (OWU) i OWUD.

Celem Umowy dodatkowej jest wypłata Świadczenia w razie Poważnego zachorowania, które zapewni Ubezpieczonemu wsparcie trudnej sytuacji, jaką jest diagnoza Poważnego zachorowania.

Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta samodzielnie – można ją zawrzeć razem z Umową główną lub dokupić w trakcie trwania Umowy głównej.

Istotną rolę w tej Umowie odgrywają:

- Ubezpieczający, Ty – osoba, która zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do terminowego opłacania składek za Umowę główną i Umowę dodatkową oraz
- Ubezpieczony – osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony; może nią być osoba, która w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.

Cechy produktu i opis

Zakres Umowy dodatkowej

Zakres Umowy dodatkowej określa przypadki, w których wypłacimy Świadczenie.

Świadczenie wypłacimy, jeśli w Okresie ubezpieczenia:

- wystąpiło u Ubezpiezonego Poważne zachorowanie, które jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku i które jest zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD; okres karencji oraz okres przeżycia stosujemy do wybranych Poważnych zachorowań i w przypadku stosowania podany jest w definicji Poważnego zachorowania,
- została rozpoznana u Ubezpiezonego Choroba, która uprawnia do uzyskania Drugiej opinii medycznej.

Definicje Choroby oraz Nieszczęśliwego wypadku znajdziesz w OWUD.

Okres ubezpieczenia

Umowę dodatkową możesz zawrzeć razem z Umową główną na okres 5 lat.

Jeśli zawierasz ją później, w trakcie trwania Umowy głównej, może ona zostać zawarta na okres od 4 lat i 1 miesiąca do 5 lat, ale nie dłużej niż do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpiezonego 75. roku życia – chyba że umówiliśmy się inaczej.

Gdy zawierasz Umowę dodatkową, możesz zadeklarować chęć jej kontynuowania. Wskazujesz wtedy deklarowany okres ubezpieczenia. Możemy zaproponować Ci kontynuację Umowy dodatkowej, każdorazowo na okres do 5 lat, bez ponownej oceny ryzyka. Kontynuacja może wiązać się ze zmianą wysokości składki za Umowę dodatkową. Konieczna wtedy będzie Twoja zgoda.

Ocena stanu zdrowia Ubezpiezonego przed zawarciem Umowy dodatkowej

Przed zawarciem Umowy dodatkowej poprosimy Ciebie i Ubezpiezonego o wypełnienie ankiety oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Na podstawie udzielonych odpowiedzi zdecydujemy, na jakich warunkach możemy zawrzeć Umowę. Może to wymagać:

- skierowania Ubezpiezonego na dodatkowe badania medyczne na nasz koszt,
- udzielenia odpowiedzi na dodatkowe pytania, wynikające z wcześniej przekazanych informacji.

Ważne, aby we wniosku podawać prawdziwe informacje dotyczące zdrowia, wykonywanego zawodu oraz uprawianego sportu czy hobby. W przeciwnym razie możemy odmówić wypłaty Świadczenia, o czym szczegółowo piszemy w sekcji „Kiedy nie wypłacimy Świadczenia”.

Początek ochrony ubezpieczeniowej i zawarcie Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym przez nas w Polisie. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanej w Polisie, chyba że umówiono się inaczej.

Świadczenie i Suma ubezpieczenia

Zakres Umowy dodatkowej określa przypadki, w których wypłacimy Świadczenie.

Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania jest równe procentowi Sumy ubezpieczenia właściwemu dla danego Poważnego zachorowania. W OWUD Poważne zachorowania są podzielone na grupy od 1 do 5 oraz mają przypisany określony procent Sumy ubezpieczenia (150%, 100%, 50%, 25%) wypłacany w razie zajścia zdarzenia:

- Z grupy 1 lub 2 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia w wysokości 150% Sumy ubezpieczenia.
- Z grupy 3 przysługuje wyłącznie wypłata jednego Świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
- Z grupy 4 lub 5 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.
- Każda wypłata Świadczenia z grupy 4 lub 5 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.
- Jeśli suma Świadczeń z danej grupy wyczerpie limit wypłat przypisany do niej, to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tej grupy wygasa. Ochrona jest kontynuowana w grupach, które nie wygasły.

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

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

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

Kiedy nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku lub było skutkiem:

- próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia się Ubezpieczonego,
- czynnego udziału Ubezpieczonego w Aktach przemocy, wojnie, działaniach zbrojnych, operacjach o charakterze wojskowym, misjach pokojowych, misjach stabilizacyjnych, zamieszkach lub Aktach terroru,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, reakcji termojądrowych lub wybuchów jądrowych, wynikających bezpośrednio lub pośrednio z reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego, z wyjątkiem promieniowania wykorzystywanego w diagnostyce medycznej lub leczeniu.

Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:

- Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem Umowy dodatkowej, a które zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Ubezpieczonego lub Waszych przedstawicieli;
- podwyższyłeś Sumę ubezpieczenia, a Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy w związku z tą zmianą i które również zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Ubezpieczonego lub Waszych przedstawicieli, nie wypłacimy Świadczenia w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia.

Niniejsze ograniczenie nie obowiązuje, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi po upływie 3 lat od zawarcia lub zmiany Umowy dodatkowej.

Co trzeba zrobić, aby otrzymać Świadczenie

Aby otrzymać Świadczenie, osoba zgłaszająca roszczenie musi przesłać do nas wnioski o jego wypłatę wraz z wymaganymi dokumentami.

Wówczas:

- w ciągu 7 dni od otrzymania tego wniosku potwierdzimy jego otrzymanie i poinformujemy, jakie dokumenty są potrzebne do rozpatrzenia roszczenia. Ich lista jest dostępna na naszej stronie internetowej, za pośrednictwem naszej infolinii, w naszych placówkach oraz u naszych przedstawicieli;
- wypłacimy Świadczenie w ciągu 30 dni od otrzymania tego wniosku i wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności i wysokości Świadczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do wypłaty było niemożliwe w tym terminie, wypłacimy Świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym ich wyjaśnienie przy zachowaniu należytej staranności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia wypłacimy w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wypłatę Świadczenia.

Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej

Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest częścią łącznej składki za Umowę główną i Umowę dodatkową. Opłacasz ją w takich samych terminach i z taką samą częstotliwością jak w Umowie głównej, czyli miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.

Konsekwencje nieopłacenia składki

Powinieneś opłacać składkę w terminach podanych w Umowie. Jeśli spóźnisz się z płatnością, masz dodatkowe 60 dni na uregulowanie składki. W tym czasie nadal zapewniamy ochronę ubezpieczeniową. Wyślemy do Ciebie przypomnienie o zapłacie składki w dodatkowym terminie, nie krótszym jednak niż 7 dni od otrzymania przypomnienia. Jeżeli nie opłacisz składki w tym terminie, zarówno Umowa główna, jak i wszystkie Umowy dodatkowe zostaną rozwiązane. Oznacza to, że Ubezpieczony straci ochronę na wypadek śmierci, ochronę zdrowia oraz wszelkie dodatkowe formy ochrony, wynikające z zawartych Umów dodatkowych.

Indeksacja i waloryzacja składki

Indeksacja lub waloryzacja odbywają się na zasadach wskazanych w OWUD i w OWU Umowy głównej i są możliwe, pod warunkiem, że dotyczą też Twojej Umowy głównej. W Rocznicę Umowy głównej możemy zaproponować Ci indeksację lub waloryzację składki, a w konsekwencji podwyższenie Sumy ubezpieczenia i składki (obie wartości rosną o inny procent). Możesz zrezygnować z indeksacji lub waloryzacji składki w danym roku i powrócić do nich od kolejnej rocznicy.

Zmiany w Umowie dodatkowej dokonywane są na Twój wniosek

Możesz wnioskować o:

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

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

Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa zakończy się gdy:

- zakończy się Umowa główna,
- odstąpisz od Umowy dodatkowej lub ją wypowiedzisz,
- przekształcimy Umowę główną w umowę bezskładową (jeśli masz taką opcję w Umowie głównej),
- upłynie Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
- zaakceptujemy złożony wniosek o wypłatę Świadczenia, który spowoduje wyczerpanie limitu Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania (w wysokości 600% Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego)
- zaakceptujemy złożony wniosek o wypłatę Świadczenia:
 - z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce przed obniżeniem Sumy ubezpieczenia, ale zostało zgłoszone po tej zmianie oraz
 - łączna wartość zaakceptowanych Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania w okresie poprzedzającym Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia wraz ze Świadczeniem zaakceptowanym w ramach tego wniosku wyczerpie limit Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania (600% obliczony na podstawie nowej Sumy ubezpieczenia).

Umowy główne, w ramach których możliwe jest zawarcie Umowy dodatkowej

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

Informacje dodatkowe

W procesie zawarcia Umowy niektóre czynności dystrybucyjne mogą wykonywać nasi pracownicy. Otrzymują oni wynagrodzenie z umowy o pracę oraz mogą dostać premię uznaniową.

Informacje o sposobie składania reklamacji, skarg oraz trybie ich rozpatrywania, a także o pozasądowym rozstrzygnięciu sporów znajdziesz w OWU.

Tabela informacyjna do postanowień umowy (SIP/1/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	• Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 2, § 4, § 10, § 15 oraz Załącznik nr 1 do OWUD „Lista Poważnych zachorowań”. • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 2, § 4, § 11 oraz § 15.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	• Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 2, § 4, § 10, § 12, § 14, Załącznik nr 1 do OWUD „Lista Poważnych zachorowań” oraz Załącznik nr 2 do OWUD „Tabela limitów”. • Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej: § 2, § 4, § 11, § 13, § 14 oraz Załącznik nr 2 do OWUD „Tabela limitów”.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania (SIP/1/2026)

§ 1. Postanowienia wstępne

Ten dokument opisuje zasady ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania. Umowa dodatkowa jest uzupełnieniem Twojej umowy ubezpieczenia zawartej z Prudential, której szczegóły znajdziesz w swojej polisie.

§ 2. Definicje

1. Pojęcia, którymi się posługujemy oznaczają:

- 1) **Choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia oraz być sklasyfikowana w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” zgodnie z jej rewizją obowiązującą na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) **Data akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia** – data naszej decyzji uznającej roszczenie.
- 3) **Druga opinia medyczna** – opinia medyczna przygotowana przez Świadczeniodawcę i dostarczona Ubezpieczonemu na piśmie w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby.
- 4) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie w życiu Ubezpieczonego wywołane przyczyną zewnętrzną, nagłą i niezależną od jego woli i stanu zdrowia, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia.
- 5) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w Polisie czas, przez który udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
- 6) **Operacja** – procedura medyczna wymagająca nacięcia skóry lub innych tkanek, przeprowadzona przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, mająca na celu leczenie Choroby albo urazu Ubezpieczonego. Za Operację nie uważa się procedury medycznej mającej na celu wyłącznie postawienie rozpoznania.
- 7) **OWUD** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania.
- 8) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.
- 9) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku.
- 10) **Prudential, my** – Prudential International Assurance plc z siedzibą w Dublinie przy Fitzwilliam Court, Leeson Cl, Dublin 2, D02 TC95, Irlandia, zarejestrowana w rejestrze spółek prowadzonym przez the Companies Registration Office pod numerem 209956

i działająca na podstawie zezwolenia Central Bank of Ireland, działająca poprzez Prudential International Assurance plc Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-670) przy ul. Puławskiej 182, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000708052.

- 11) **Suma ubezpieczenia** – kwota, którą wskazaliśmy w Polisie, na podstawie której obliczymy Świadczenia w przypadku Poważnego zachorowania, może ona ulec zmianie na zasadach opisanych w OWUD.
- 12) **Świadczenie** – kwota, którą wypłacimy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową dodatkową lub jest to Druga opinia medyczna.
- 13) **Świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z Prudential umowę dotyczącą sporządzenia i przekazania Drugiej opinii medycznej.
- 14) **Tabela limitów** – załącznik nr 2 do OWUD zawierający informacje o limitach ustalonych dla Umowy dodatkowej.
- 15) **Trwały ubytek neurologiczny** – obiektywne objawy uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, potwierdzone badaniem klinicznym przez neurologa lub neurochirurga. Umowa dodatkowa nie obejmuje zmian widocznych wyłącznie w badaniach obrazowych bez objawów neurologicznych, objawów idiopatycznych ani zaburzeń psychicznych.
- 16) **Ubezpieczający, Ty** – osoba, która zawarła Umowę i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 17) **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy głównej i Umowy dodatkowej.
- 18) **Umowa dodatkowa** – dodatkowa umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWUD.
- 19) **Umowa lub Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta z nami, którą możesz rozszerzyć o tę umowę dodatkową.
- 20) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Poważne zachorowanie lub Choroba, za które zrealizujemy Świadczenie.

2. W OWU Twojej Umowy głównej używamy określonych terminów. Jeśli w OWUD nie piszemy inaczej, to terminy użyte w OWU Umowy głównej zachowują swoje znaczenie.

§ 3. Kto może być objęty ochroną

Możesz zawrzeć z nami Umowę dodatkową, jeśli w dniu złożenia wniosku Ubezpieczony ma co najmniej 16 lat i nie ukończył jeszcze 71 lat.

§ 4. Co obejmuje Umowa dodatkowa

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ponosimy odpowiedzialność w zakresie:
 - 1) Poważnych zachorowań wymienionych i zdefiniowanych w załączniku nr 1 do OWUD,
 - 2) Chorób rozpoznanych w Okresie ubezpieczenia w zakresie Świadczenia Drugiej opinii medycznej.

§ 5. Jak zawieramy Umowę dodatkową

1. Do zawarcia Umowy dodatkowej stosujemy te same postanowienia, które obowiązują w Twojej Umowie głównej, z uwzględnieniem poniższych zapisów.
2. Wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej jest ważny przez 90 dni (chyba że wskazaliśmy inaczej). Po upływie tego czasu zostanie anulowany.
3. Umowa dodatkowa zostanie zawarta z dniem rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia wskazanym w Polisie, chyba że uzgodnimy inaczej.
4. Umowę dodatkową możesz zawrzeć razem z Umową główną na okres 5 lat.
5. Jeśli Umowę dodatkową zawierasz w trakcie trwania Umowy głównej może ona zostać zawarta na okres od 4 lat i 1 miesiąca do 5 lat, a Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej:
 - 1) musi kończyć się dzień przed rocznicą Umowy głównej,
 - 2) nie może trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego rocznicę Umowy głównej przypadającą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 lat,

chyba że uzgodnimy inaczej.

6. Gdy zawierasz Umowę dodatkową, możesz zadeklarować chęć jej kontynuowania. Oznacza to, że wskazujesz deklarowany okres ubezpieczenia. W takim przypadku możemy zaproponować Ci kontynuację Umowy dodatkowej, każdorazowo na okres nie dłuższy niż 5 lat. Umowę kontynuujemy na warunkach zaproponowanych przez nas bez ponownej oceny ryzyka. Najpóźniej 30 dni przed końcem bieżącego Okresu ubezpieczenia możesz otrzymać od nas propozycję kontynuacji Umowy dodatkowej:
 - 1) w przypadku propozycji kontynuacji Umowy dodatkowej bez zmiany składki wysłamy do Ciebie ofertę jej kontynuacji. Jeżeli nie zgłosisz sprzeciwu, będziemy kontynuować Umowę dodatkową na warunkach, jakie obowiązywały w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia przed kontynuacją (chyba że dojdzie do indeksacji składki),
 - 2) w przypadku, gdy proponujemy zmianę składki przy kontynuacji Umowy dodatkowej, niezbędna będzie Twoja zgoda na jej kontynuację. Nową składkę obliczymy na podstawie taryfy obowiązującej w dniu przygotowania propozycji kontynuacji, przy uwzględnieniu aktualnej sumy ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, deklarowanego okresu ubezpieczenia oraz dotychczasowych wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W razie braku Twojej zgody Umowa dodatkowa wygaśnie z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.

§ 6. Kiedy kończy się Umowa dodatkowa

1. Masz prawo rozwiązać Umowę dodatkową w dowolnym momencie. Do rozwiązania Umowy dodatkowej stosujemy odpowiednie postanowienia OWU Twojej Umowy oraz poniższe zasady.
2. Umowa dodatkowa zakończy się, gdy:
 - 1) zakończy się Umowa główna,

- 2) przekształcimy Umowę główną w umowę bezskładkową (jeśli masz taką opcję w Umowie głównej),
 - 3) upływie Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
 - 4) akceptacja wniosku o wypłatę Świadczenia spowoduje wyczerpanie limitu określonego w pkt 2 Tabeli limitów.
3. Możesz odstąpić od Umowy dodatkowej. Odstąpienie będzie skuteczne, jeśli:
 - wpłynię do nas albo
 - zostanie wysłane (w przypadku Umowy dodatkowej zawartej na odległość),przed upływem 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej lub od dnia otrzymania Polisy, w zależności od tego, co nastąpiło później.
 4. Nasza odpowiedzialność wygasa w Dacie akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia wtedy, gdy:
 - 1) Zdarzenie ubezpieczeniowe skutkujące akceptacją tego wniosku miało miejsce przed obniżeniem Sumy ubezpieczenia, ale zostało zgłoszone po tej zmianie oraz
 - 2) łączna wartość Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania zaakceptowanych w okresie poprzedzającym Datę akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia wraz ze Świadczeniem zaakceptowanym w ramach tego wniosku wyczerpie limit Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania (znajdziesz go w pkt 2 Tabeli limitów) obliczony na podstawie nowej Sumy ubezpieczenia.

§ 7. Suma ubezpieczenia – ile wynosi i jak można ją zmienić

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia ustalasz przy zawieraniu Umowy dodatkowej. Znajdziesz ją w swojej Polisie.
2. Możesz złożyć wniosek o zmianę Sumy ubezpieczenia w Umowie dodatkowej na zasadach, jakie obowiązują w Twojej Umowie głównej, dotyczących zmiany odpowiednio: gwarantowanej sumy z tytułu dożycia, gwarantowanej sumy ubezpieczenia albo sumy ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia jest możliwe, jeśli od dnia, w którym zmiana zacznie obowiązywać do końca Okresu ubezpieczenia został co najmniej 1 rok,
 - 2) minimalna kwota podwyższenia jest określona w pkt 1 Tabeli limitów,
 - 3) obniżenie jest możliwe po pierwszym roku trwania Umowy dodatkowej,
 - 4) minimalne wysokości składek po obniżeniu określone są w pkt 4 Tabeli limitów.
3. Do gwarantowanego podwyższenia Sumy ubezpieczenia stosujemy zasady określone w OWU Umowy głównej dotyczące gwarantowanego podwyższenia odpowiednio: gwarantowanej sumy z tytułu dożycia, gwarantowanej sumy ubezpieczenia albo sumy ubezpieczenia.
4. Zmiana Sumy ubezpieczenia wpływa na wysokość składki za Umowę dodatkową.
5. Nowa wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej:
 - 1) w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia stanowi sumę dotychczasowej wysokości składki i kwoty zmiany składki, zgodnie z § 8 ust. 1,
 - 2) w przypadku obniżenia Sumy ubezpieczenia stanowi różnicę pomiędzy dotychczasową wysokością składki, a kwotą zmiany składki, zgodnie z § 8 ust. 1.
6. Każda zmiana Sumy ubezpieczenia wymaga naszej zgody i Twojej akceptacji nowej składki. Możemy nie wyrazić zgody na zmianę Sumy ubezpieczenia.

§ 8. Składka – ile wynosi i jak ją ustalamy

- Wysokość składki lub kwota zmiany składki za Umowę dodatkową zależy odpowiednio od:
 - Sumy ubezpieczenia lub kwoty zmiany Sumy ubezpieczenia,
 - deklarowanego przez Ciebie okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej lub czasu, jaki pozostał od dnia wejścia w życie zmiany Sumy ubezpieczenia do końca deklarowanego okresu,
 - aktualnej częstotliwości opłacania składek,
 - wieku Ubezpieczonego w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub zmianę Sumy ubezpieczenia,
 - wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego przy zawarciu Umowy dodatkowej lub przy podwyższeniu Sumy ubezpieczenia,
 - taryf aktualnych w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub jej zmianę.
- Zasady opłacania składek, ich zwrotu i skutków nieopłacenia są takie same jak w Twojej Umowie głównej.
- Wysokość składki za Umowę dodatkową znajdziesz w Polisie lub innych dokumentach ubezpieczeniowych.

§ 9. Indeksacja i waloryzacja składki

- Indeksacja i waloryzacja składki oraz Sumy ubezpieczenia będzie odbywać się na zasadach wskazanych w Umowie głównej. Kwotę podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji obliczymy na podstawie:
 - różnicy pomiędzy wysokością składki po indeksacji lub waloryzacji i przed indeksacją lub waloryzacją,
 - czasu, jaki pozostał do końca deklarowanego okresu ubezpieczenia,
 - aktualnej częstotliwości opłacania składek,
 - wyników oceny ryzyka dokonanej przy zawarciu Umowy dodatkowej lub przy podwyższeniu Sumy ubezpieczenia,
 - taryf stosowanych przez nas w dniu rocznicy Umowy oraz
 - wieku Ubezpieczonego w dniu dokonania indeksacji lub waloryzacji.
- Nową wysokość Sumy ubezpieczenia obliczymy jako sumę dotychczasowej Sumy ubezpieczenia oraz kwoty podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji lub waloryzacji.

§ 10. Świadczenie w razie Poważnego zachorowania

- Jeżeli w tym paragrafie piszemy o Świadczeniach odnosimy się w ten sposób do Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania.
- W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wypłacimy Świadczenie w kwocie równej odpowiedniemu procentowi Sumy ubezpieczenia. Świadczenie to obliczymy zgodnie z odpowiednim procentem Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, zgodnie z poniższą tabelą:

Wysokość Świadczenia wyrażona procentem Sumy ubezpieczenia

Grupa 1	
1. Śpiączka z trwałym ubytkiem neurologicznym	150%
2. Przewlekła niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu	150%
3. Niewydolność wątroby	150%

4. Niewydolność oddechowa spowodowana chorobą płuc	150%
5. Sepsa	150%
6. Choroba w końcowym stadium	150%
7. Choroba płuc wymagająca usunięcia płuca	150%
8. Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	150%
9. Zespół nerczycowy	150%
10. Choroba Leśniowskiego-Crohna	150%
11. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające leczenia operacyjnego	150%
Grupa 2	
12. Stwardnienie rozsiane	150%
13. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	150%
14. Choroba Alzheimera	150%
15. Choroba neuronu ruchowego	150%
16. Dystrofia mięśniowa	150%
17. Choroba Parkinsona	150%
18. Postępujące porażenie nadjędrowe	150%
19. Guzkowe zapalenie tętnic	150%
20. Choroba Huntingtona	150%
21. Miastenia	150%
22. Zespół Guillaina-Barrégo	150%
23. Toczeń rumieniowaty układowy	150%
24. Reumatoidalne zapalenie stawów	150%
25. Twardzina układowa	150%
Grupa 3	
26. Zawał serca	100%
27. Choroba zastawkowa serca wymagająca przeprowadzenia Operacji	100%
28. Choroba aorty	100%
29. Kardiomiopatia	100%
30. Strukturalna Choroba serca kwalifikująca się do rewalaryzacji	100%
31. Udar mózgu	100%
32. Nadciśnienie płucne	100%
33. Choroba niedokrwienna serca spowodowana miażdżycą wymagająca przeprowadzenia Operacji	100%
34. Zapalenie wsierdzia	100%
Grupa 4	
35. Anemia aplastyczna	100%
36. Łagodny guz mózgu	100%
37. Nowotwór złośliwy	100%
38. Rak przedinwazyjny (in situ) wymagający leczenia operacyjnego	25%
39. Ropień mózgu wymagający leczenia operacyjnego	100%
40. Ciężka Choroba mózgu	100%
Grupa 5	
41. Borelioza	50%
42. Wścieklizna	100%
43. Zgorzel gazowa	25%
44. Ziarniniakowatość	50%
45. Pełzakowica	25%
46. Cukrzyca	100%
47. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu	100%
48. Zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków służbowych	100%
49. Tęžec	25%

50. Bąblowiec mózgu	50%
51. Gruźlica	100%
52. Zapalenie mózgu	100%
53. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	100%
54. Choroba Heinego-Medina (Polio)	25%
55. Cholera	25%
56. Dur brzuszny	25%
57. Gorączka Denga	25%
58. Gorączka Ebola	25%
59. Malaria wymagająca hospitalizacji	25%
60. Żółta gorączka	25%

3. Poważne zachorowania objęte ochroną są podzielone na grupy. Każda grupa ma przypisany limit Świadczeń, wyrażony jako procent Sumy ubezpieczenia:

- grupa 1 – 150%,
- grupa 2 – 150%,
- grupa 3 – 100%,
- grupa 4 – 100%,
- grupa 5 – 100%.

4. Akceptacja wniosku o wypłatę Świadczenia z danej grupy pomniejsza dostępny limit Świadczeń dla tej grupy, przy czym:

- 1) łączna suma Świadczeń zaakceptowanych w ramach jednej grupy nie może przekroczyć limitu Świadczeń przypisanego do tej grupy,
- 2) limity Świadczeń przypisane do poszczególnych grup są od siebie niezależne.

5. Jeśli suma wnioskowanego Świadczenia z danej grupy oraz kwoty zaakceptowanych dotychczas Świadczeń z tej grupy, przekroczy limit Świadczeń przypisanych do tej grupy, wypłacimy różnicę między tym limitem, a już zaakceptowanymi Świadczeniami.

6. Jeśli suma zaakceptowanych Świadczeń z danej grupy wyczerpie limit wypłat przypisany do niej, to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tej grupy wygasa. Ochrona jest kontynuowana w grupach, które nie wygasły.

§ 11. Świadczenie Drugiej opinii medycznej

1. W razie Choroby zorganizujemy kontakt ze Świadczeniodawcą i pokryjemy koszty uzyskania Drugiej opinii medycznej dotyczącej tej Choroby.
2. Ubezpieczony w każdym Roku ubezpieczenia może skorzystać z Drugiej opinii medycznej w odniesieniu do danej Choroby jeden raz. Jeśli dokumentacja medyczna przekazana w dniu złożenia wniosku jest starsza niż 12 miesięcy Świadczeniodawca może poprosić o jej aktualizację.
3. Druga opinia medyczna opiera się na historii Choroby i rozpoznaniu przeprowadzonym przez lekarzy prowadzących leczenie Ubezpieczonego.
4. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona na piśmie i, jeśli będzie to konieczne, przetłumaczona na język polski.
5. Jeśli do wydania Drugiej opinii medycznej niezbędna jest bezpośrednia ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego Świadczeniodawca może skierować go na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty tych badań pokrywa Świadczeniodawca.

§ 12. Kiedy nie wypłacimy Świadczenia

1. W niektórych sytuacjach nie ponosimy odpowiedzialności. Oznacza to, że nie wypłacimy Świadczenia z Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku lub było skutkiem:

- próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia się Ubezpieczonego,
- czynnego udziału Ubezpieczonego w Aktach przemocy, wojnie, działaniach zbrojnych, operacjach o charakterze wojskowym, misjach pokojowych, misjach stabilizacyjnych, zamieszkach lub Aktach terroru,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, reakcji termojądrowych lub wybuchów jądrowych, wynikających bezpośrednio lub pośrednio z reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego, z wyjątkiem promieniowania wykorzystywanego w diagnostyce medycznej lub leczeniu.

§ 13. Ograniczenia odpowiedzialności w zakresie Drugiej opinii medycznej

1. Nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej. Nie odpowiadamy za jej medyczną poprawność, błędy lekarskie lub diagnostyczne popełnione przez lekarzy sporządzających opinię ani za skutki zastosowania się do zaleceń wynikających z tej opinii.
2. Treść Drugiej opinii medycznej zależy od prawdziwości i jakości dostarczonych dokumentów.
3. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii lekarza prowadzącego i nie mogą być traktowane jako samodzielne rozpoznanie ani zalecenie terapeutyczne.
4. W przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej, Ubezpieczony powinien niezwłocznie podjąć leczenie według zaleceń lekarza prowadzącego, bez oczekiwania na wydanie Drugiej opinii medycznej.

§ 14. Co jeśli podasz nieprawdziwe informacje przy zawieraniu Umowy dodatkowej lub w przypadku jej zmiany

1. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej i które zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Ubezpieczonego lub Waszych przedstawicieli.
2. Jeśli podwyższyłeś Sumę ubezpieczenia, a Zdarzenie ubezpieczeniowe było skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy we wniosku lub w innych pismach przed tą zmianą i które zostały podane niezgodnie z wiedzą Twoją, Ubezpieczonego lub Waszych przedstawicieli, nie wypłacimy Świadczenia w części dotyczącej podwyższonej Sumy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ty, Ubezpieczony albo Wasi przedstawiciele z winy umyślnej naruszycie obowiązek podania informacji, o których piszemy w ust. 1 i 2, to w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem tych okoliczności.
4. Powyższe ograniczenia nie obowiązują, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi po upływie 3 lat od zawarcia lub zmiany Umowy dodatkowej.

§ 15. Jak wypłacimy Świadczenie

1. Do wypłaty Świadczenia stosujemy odpowiednie warunki wypłaty świadczenia z tytułu śmierci w Twojej Umowie głównej, z wyłączeniem zapisów dotyczących zaliczki na poczet świadczenia.

- Świadczenie z tej Umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczonemu.
- Możemy skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub diagnostyczne, jeśli będą potrzebne do oceny zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia, w szczególności, jeżeli Poważne zachorowanie nie zostało potwierdzone przez lekarza wymaganej specjalności lub wymagany badaniem. Koszty tych badań pokrywamy my.

§ 16. Reklamacje i skargi

Jeśli chcesz złożyć reklamację, skargę lub zażalenie dotyczące tej Umowy dodatkowej, możesz to zrobić na zasadach, które obowiązują w Twojej Umowie głównej.

§ 17. Treść Twojej Umowy dodatkowej

Treść Umowy dodatkowej określają:

- Polisa, którą od nas otrzymujesz,
- OWUD,
- wniosek o zawarcie Umowy dodatkowej wraz z uzgodnionymi zmianami albo wniosek o jej zmianę,
- wszystkie uzgodnienia stron dokonane w trakcie obowiązywania Umowy, zgodnie z zasadami określonymi w OWU i OWUD.

§ 18. Język do kontaktu

Językiem stosowanym w kontakcie z nami jest język polski, chyba że wyrazimy zgodę na przekazywanie dokumentów w innym języku.

§ 19. Załączniki do OWUD

Integralną częścią OWUD są dwa załączniki:

1. Lista Poważnych zachorowań – zawiera listę oraz definicje wszystkich Poważnych zachorowań objętych ubezpieczeniem.
2. Tabela limitów – określa obowiązujące limity, w tym maksymalne kwoty Świadczeń, jakie możemy wypłacić w ramach tej Umowy dodatkowej.



Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Lista Poważnych zachorowań

1. Śpiączka z trwałym ubytkiem neurologicznym

Rozpoznanie stanu nieprzytomności bez reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, trwającego nieprzerwanie przez co najmniej 96 godzin i wymagającego zastosowania systemów podtrzymujących życie.

W przypadku rozpoznania śpiączki niewymagającej podtrzymywania życia, stan musi utrzymywać się nieprzerwanie przez co najmniej 60 dni.

W obu przypadkach wymagane jest potwierdzenie Trwałego deficytu neurologicznego przez neurologa, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

2. Przewlekła niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu

Rozpoznanie stadium Choroby nerek, w którym występuje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji nerki, wymagające regularnej dializy lub przeszczepu, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

3. Niewydolność wątroby

Rozpoznanie trwałego i nieodwracalnego upośledzenia funkcji wątroby, potwierdzone przez lekarza specjalistę, skutkującego co najmniej jednym z następujących objawów:

- Żółtaczką,
- Wodobrzusze,
- Encefalopatia wątrobową,
- Żyłaki przełyku lub żołądka,
- Zaburzenia krzepnięcia utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni i wymagające leczenia

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych nadużywaniem alkoholu.

4. Nieodwracalna niewydolność oddechowa spowodowana chorobą płuc

Rozpoznanie trwałego i nieodwracalnego upośledzenia układu oddechowego spowodowanego przewlekłą chorobą płuc, skutkującego co najmniej dwoma z poniższych objawów:

- Natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV_1) $\leq 1,0$ litra w dwóch kolejnych badaniach,
- Konieczność stałej terapii tlenowej z powodu hipoksemii,
- Ciśnienie parcjalne tlenu (PaO_2) ≤ 55 mmHg w spoczynku

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez pulmonologa.

5. Sepsa

Rozpoznanie uogólnionej odpowiedzi zapalnej organizmu wywołanej infekcją, potwierdzone obecnością mikroorganizmów w materiale biologicznym, która wymagała hospitalizacji i spowodowała co najmniej jeden z poniższych objawów:

- Zaburzenia świadomości,
- Niedociśnienie wymagające leczenia,
- Niewydolność oddechowa lub konieczność terapii tlenowej,
- Niewydolność nerek lub wątroby,
- Zaburzenia krzepnięcia

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

6. Choroba w końcowym stadium

Rozpoznanie zaawansowanej lub szybko postępującej nieuleczalnej Choroby, która według opinii prowadzącego lekarza specjalisty doprowadzi do zgonu w okresie najbliższych 36 miesięcy.

Za Chorobę w końcowym stadium nie uznajemy Chorób wskazanych w niniejszym załączniku.

7. Choroba płuc wymagająca usunięcia płuca

Rozpoznanie poważnego, nieodwracalnego uszkodzenia płuca spowodowanego nowotworem, infekcją lub inną przewlekłą chorobą, wymagające całkowitego usunięcia płuca (pneumonektomii).

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa lub torakochirurga i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi spełniać co najmniej jeden z poniższych warunków:

- Obecność złośliwego guza w płucu lub oskrzeli,
- Rozległe zniszczenie tkanki płucnej w wyniku przewlekłej infekcji,
- Ciężka rozedma lub rozstrzenie oskrzeli ograniczone do jednego płuca powodujące niewydolność oddechową

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Definicja nie obejmuje innych Chorób wskazanych w niniejszym załączniku.

8. Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby

Rozpoznanie piorunującego zapalenia wątroby prowadzącego do ostrej niewydolności wątroby,

charakteryzującego się szybkim przebiegiem i gwałtownym pogorszeniem funkcji wątroby, prowadzącym do encefalopatii wątrobowej, przy spełnieniu co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- Laboratoryjnie potwierdzone podwyższenie enzymów wątrobowych (ALT lub AST) ponad 5-krotnie powyżej górnej granicy normy,
- Objawy kliniczne takie jak żółtaczka, ciemny mocz, odbarwiony stolec lub znaczne osłabienie,
- Konieczność hospitalizacji przez co najmniej 3 dni, potwierdzona w karcie leczenia szpitalnego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zapalenia wątroby spowodowanych nadużywaniem alkoholu, leków lub substancji psychoaktywnych.

9. Zespół nerczycowy

Rozpoznanie zespołu klinicznego wynikającego z uszkodzenia kłębuszków nerkowych, prowadzącego do masywnej utraty białka z moczem, obrzęków i zaburzeń metabolizmu lipidów.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę nefrologii lub chorób wewnętrznych i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej dwa z poniższych kryteriów:

- Białkomocz $\geq 3,5$ g/dobę w 24-godzinny zbiorze moczu lub stosunek białka do kreatyniny $\geq 3,5$ w porannej próbce moczu,
- Obecność hipoalbuminemii (stężenie albuminy $< 2,5$ g/dL),
- Konieczność leczenia farmakologicznego przez co najmniej 6 tygodni

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

10. Choroba Leśniowskiego-Crohna wymagająca leczenia operacyjnego

Rozpoznanie Choroby Leśniowskiego-Crohna wymagającej resekcji odcinka jelita lub całkowitej kolektomii z powodu zwężenia powodującego niedrożność jelit lub powstania przetoki między pętlami jelita. Potwierdzenie rozpoznania musi nastąpić na podstawie badania histopatologicznego. Choroba musi prowadzić do spełnienia warunków zakwalifikowania Ubezpieczonego do zabiegu chirurgicznego. Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez gastroenterologa.

11. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające leczenia operacyjnego

Rozpoznanie przewlekłej, nieswoistej Choroby zapalnej błony śluzowej jelita grubego powodującej objawy kliniczne i uszkodzenie ściany jelita. Uszkodzenie to musi prowadzić do spełnienia warunków zakwalifikowania Ubezpieczonego do zabiegu chirurgicznego, który polega na częściowej lub całkowitej resekcji jelita grubego. Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez gastroenterologa.

12. Stwardnienie rozsiane

Jednoznaczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego, potwierdzone przez neurologa zgodnie z Kryteriami Diagnostycznymi McDonalda.

Wymagane jest występowanie deficytów motorycznych, stwierdzone w badaniu klinicznym, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy.

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

13. Choroba Creutzfeldta-Jakoba

Rozpoznanie Choroby Creutzfeldta-Jakoba przez neurologa zgodnie z aktualnymi kryteriami diagnostycznymi i potwierdzonej badaniami obrazowymi lub badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Choroba musi prowadzić do:

- Postępującej demencji lub zaburzeń poznawczych,
- Co najmniej jednego z następujących objawów: mioklonii, zaburzeń widzenia, zaburzeń równowagi, porażań nerwów czaszkowych lub kończynowych.

14. Choroba Alzheimera lub Demencja

Rozpoznanie Choroby Alzheimera lub innej formy demencji prowadzącej do pogorszenia funkcji poznawczych, szczególnie w zakresie:

- Pamięci,
- Rozumowania,
- Orientacji, komunikacji lub podejmowania decyzji.

Stan ten musi skutkować ograniczeniem zdolności do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym w co najmniej trzech Obszarach aktywności w życiu codziennym.*

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologii, psychiatrii lub geriatrici oraz wynikami badań klinicznych.

Łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) nie są uznawane za chorobę Alzheimera w ramach niniejszych warunków ubezpieczenia.

15. Choroba neuronu ruchowego

Jednoznaczne rozpoznanie jednej z poniższych Chorób, potwierdzone przez neurologa:

- Stwardnienie zanikowe boczne (ALS),
- Pierwotne stwardnienie boczne (PLS),
- Postępujące porażenie opuszkowe (PBP),
- Postępujący zanik mięśni (PMA),
- Rdzeniowy zanik mięśni (SMA).

16. Dystrofia mięśniowa

Rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym oraz niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch Obszarów aktywności w życiu codziennym.*

17. Choroba Parkinsona

Rozpoznanie przewlekłego, postępującego schorzenia neurodegeneracyjnego ośrodkowego układu nerwowego prowadzącego do zaburzeń ruchowych.

Rozpoznanie musi być postawione przez neurologa lub geriatrę i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Wyklucza się:

- Chorobę Parkinsona spowodowaną nadużywaniem alkoholu, narkotyków lub niewłaściwym stosowaniem leków,
- Zespoły parkinsonowskie.

18. Postępujące porażenie nadjądrowe

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

19. Guzkowe zapalenie tętnic

Rozpoznanie guzkowego zapalenia tętnic postawione przez reumatologa zgodnie z kryteriami American College of Rheumatology (ACR) lub European League Against Rheumatism (EULAR).

Potwierdzenie rozpoznania musi obejmować badania laboratoryjne, obrazowe lub histopatologiczne.

Postacie Choroby obejmujące wyłącznie zmiany skórne są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

20. Choroba Huntingtona

Rozpoznanie dziedzicznego, postępującego schorzenia neurodegeneracyjnego ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącego do zaburzeń ruchowych, poznawczych i psychiatrycznych.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

21. Miastenia

Rozpoznanie przewlekłej Choroby autoimmunologicznej zaburzającej przewodnictwo nerwowo-mięśniowe, prowadzącej do osłabienia mięśni szkieletowych i zmęczenia.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholin (AChR) lub przeciwciał anty-MuSK,
- Obecność objawów klinicznych takich jak opadanie powiek, podwójne widzenie, osłabienie mięśni kończyn, trudności w mówieniu lub połykaniu,
- Konieczność leczenia immunosupresyjnego, plazmaferezy lub terapii immunoglobulinami dożylnymi,
- Zakwalifikowanie do usunięcia grasicy (tymektomii).

22. Zespół Guillaina-Barrégo

Rozpoznanie ostrej autoimmunologicznej polineuropatii prowadzącej do osłabienia mięśni lub paralizu, a w ciężkich przypadkach do niewydolności oddechowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Obecność objawów klinicznych takich jak symetryczne osłabienie kończyn, arefleksja, zaburzenia czucia lub porażenie nerwów czaszkowych,
- Potwierdzenie rozpoznania w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego lub badaniach przewodnictwa nerwowego (EMG/ENG),
- Konieczność leczenia immunoglobulinami dożylnymi lub plazmaferezy,
- Konieczność hospitalizacji, w tym leczenia na oddziale intensywnej terapii.

23. Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)

Rozpoznanie przewlekłej Choroby zapalnej charakteryzującej się typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na światło, zajęciem stawów oraz zaburzeniami immunologicznymi. Rozpoznanie SLE musi być potwierdzone przez reumatologa i skutkować jednym z poniższych objawów:

- Trwały deficyt neurologiczny z utrzymującymi się objawami klinicznymi przez co najmniej 3 miesiące lub
- Trwałe upośledzenie funkcji nerek potwierdzone wynikami badań: współczynnik filtracji kłębuszkowej (GFR) poniżej 30 ml/min.

Toczeń krążkowy oraz SLE wywołane lekami są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

24. Ciężkie reumatoidalne zapalenie stawów

Rozpoznanie przez reumatologa przewlekłego, ciężkiego RZS skutkującego utratą zdolności do wykonywania trzech Obszarów aktywności w życiu codziennym.*

25. Twardzina układowa

Rozpoznanie przewlekłej, postępującej autoimmunologicznej Choroby tkanki łącznej prowadzącej do włóknienia skóry lub zajęcia narządów wewnętrznych, potwierdzone przez reumatologa i udokumentowane w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jeden z poniższych stanów:

- Rozległe pogrubienie skóry (postać rozlana) obejmujące tułów i kończyny,
- Potwierdzone zajęcie narządów wewnętrznych,
- Konieczność leczenia immunosupresyjnego lub biologicznego przez co najmniej 6 tygodni.

26. Zawał serca

Rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego spowodowanej niedokrwieniem, potwierdzone przez kardiologa i udokumentowane w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych kryteriów:

- Typowe objawy kliniczne, takie jak ból w klatce piersiowej, duszność, promieniujący ból do kończyn górnych lub żuchwy,
- Zmiany w EKG wskazujące na ostry zawał mięśnia sercowego,
- Podwyższone markery martwicy mięśnia sercowego powyżej górnej granicy normy,
- Dowody obrazowe potwierdzające nowe uszkodzenie mięśnia sercowego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Zawał serca może być również uznany, jeśli został potwierdzony w dokumentacji szpitalnej i wymagał leczenia na OIOM lub kardiologii interwencyjnej.

27. Choroba zastawkowa serca wymagająca przeprowadzenia Operacji

Rozpoznanie znacznego, przewlekłego uszkodzenia jednej lub więcej zastawek serca, prowadzącego do zwężenia lub niedomykalności, potwierdzone przez kardiologa i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Świadczenie przysługuje, gdy Ubezpieczony spełnia wymagania kwalifikacji do naprawy zastawki serca metodą otwartą lub małoinwazyjną, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany. Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez kardiologa lub kardiochirurga.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jedno z poniższych stanów:

- Znaczna wada zastawkowa w echokardiografii,
- Objawy kliniczne niewydolności serca związane z wadą zastawkową

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

28. Choroba aorty

Rozpoznanie znacznego, przewlekłego lub ostrego uszkodzenia ściany aorty (piersiowej lub brzusznej), prowadzącego do poszerzenia, rozwarstwienia lub pęknięcia, potwierdzone przez kardiologa, chirurga naczyniowego lub kardiochirurga i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jeden z poniższych stanów:

- Tętniak aorty o średnicy $\geq 5,5$ cm (brzuszny) lub $\geq 5,0$ cm (piersiowy),
- Rozwarstwienie aorty (typ A lub B) potwierdzone obrazowaniem przekrojowym z kontrastem,
- Objawowe pęknięcie tętniaka aorty wymagające hospitalizacji,
- Zakwalifikowanie do leczenia chirurgicznego lub wewnątrznaczyniowego, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

29. Kardiomiopatia

Rozpoznanie stanu upośledzenia funkcji komór serca spowodowanego pierwotną Chorobą mięśnia sercowego, prowadzącego do trwałego i nieodwracalnego upośledzenia fizycznego w stopniu co najmniej IV klasy według klasyfikacji New York Heart Association lub trwałego obniżenia frakcji wyrzutowej poniżej 40%.

Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez kardiologa.

Kardiomiopatia obejmuje postacie rozstrzeniową, przerostową i restrykcyjną.

Kardiomiopatia wtórna spowodowana nadużywaniem alkoholu nie jest objęta ochroną.

30. Strukturalna Choroba serca kwalifikująca się do rewaskularyzacji

Rozpoznanie znacznego wrodzonego lub nabytego uszkodzenia anatomicznego struktur serca, prowadzącego do zaburzeń hemodynamicznych.

Ubezpieczony musi spełniać wymagania kwalifikacji do rewaskularyzacji, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany.

Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez kardiologa lub kardiochirurga.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jedno z poniższych objawów:

- Ciężka wada zastawkowa potwierdzona echokardiografią,
- Obecność tętniaka serca lub aorty wstępującej wymagającego specjalistycznego monitorowania,
- Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej lub międzykomorowej z istotnym przeciekiem lewo-prawym lub guz serca potwierdzony obrazowo

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

31. Udar mózgu

Rozpoznanie nagłego zdarzenia naczyniowo-mózgowego (niedokrwienne lub krwotoczne) powodującego objawy neurologiczne, potwierdzonego przez neurologa i potwierdzonego w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych kryteriów:

- Nagłe wystąpienie objawów neurologicznych,
- Potwierdzenie ogniska udarowego w obrazowaniu mózgu,
- Hospitalizacja trwająca co najmniej 3 dni,
- Konieczność leczenia trombolitycznego, przeciwobrzękowego lub neuroprotektynowego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Przemijające ataki niedokrwienne (TIA), udary pourazowe oraz przypadki bezobjawowe lub niehospitalizowane są wyłączone.

32. Nadciśnienie płucne

Rozpoznanie przewlekłego, postępującego wzrostu ciśnienia w krążeniu płucnym, prowadzącego do przeciążenia i niewydolności prawej komory serca, potwierdzonego przez kardiologa lub pulmonologa i udokumentowanego w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych stanów:

- Średnie ciśnienie w tętnicy płucnej (mPAP) ≥ 25 mmHg w spoczynku, zmierzone podczas cewnikowania prawego serca,
- Echokardiograficzne cechy nadciśnienia płucnego,
- Objawy niewydolności prawego serca,
- Zakwalifikowanie do przeszczepu płuc lub leczenia zaawansowanego

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

33. Choroba niedokrwienna serca spowodowana miażdżycą wymagająca rewaskularyzacji

Rozpoznanie przewlekłej Choroby niedokrwiennej serca spowodowanej miażdżycą tętnic wieńcowych, potwierdzonej przez kardiologa i udokumentowanej w dokumentacji medycznej.

Świadczenie przysługuje, gdy Ubezpieczony spełnia wymagania kwalifikacji do rewaskularyzacji, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany.

Konieczność Operacji musi być potwierdzona przez kardiologa lub kardiochirurga.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej dwa z poniższych stanów:

- Zwężenie $\geq 70\%$ co najmniej jednej tętnicy wieńcowej w angiografii,
- Zwężenie $\geq 50\%$ lewej tętnicy wieńcowej głównej,
- Pozytywny test obciążeniowy wskazujący na istotne niedokrwienie,
- Konieczność leczenia farmakologicznego z powodu objawowej duszniczy bolesnej (klasa CCS II–IV)

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

34. Poważne zapalenie wsierdza

Rozpoznanie poważnego zapalenia wewnętrznej części wsierdza, wywołanego przez bakterie, grzyby lub inne mikroorganizmy.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę kardiologii, chorób zakaźnych lub kardiochirurgii i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności mikroorganizmów w posiewie krwi lub tkance zastawkowej,
- Obecność wegetacji, ropnia lub perforacji zastawki w echokardiografii,
- Objawy ogólne oraz objawy sercowe,
- Konieczność hospitalizacji z dożylną terapią antybiotykową przez co najmniej 14 dni

pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

35. Anemia aplastyczna

Rozpoznanie anemii aplastycznej, skutkującej wystąpieniem niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii, potwierdzone przez hematologa.

Rozpoznanie musi być poparte co najmniej dwoma z trzech poniższych wyników:

- granulocyty $< 500/\text{mm}^3$,
- liczba płytek krwi $< 20\,000/\text{mm}^3$,
- liczba retikulocytów $< 20\,000/\text{mm}^3$.

Ubezpieczony musi wymagać co najmniej jednej z poniższych form leczenia przez okres co najmniej 3 miesięcy:

- transfuzje krwi,
- leczenie immunosupresyjne,
- stosowanie czynników stymulujących szpik,
- przeszczep szpiku kostnego.

36. Łagodny guz mózgu

Rozpoznanie guza niezłośliwego zlokalizowanego w obrębie mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych lub nerwów czaszkowych, który powoduje objawy neurologiczne lub wymaga leczenia neurochirurgicznego, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

Rozpoznanie musi nastąpić po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia i być potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga na podstawie badań obrazowych lub badania histopatologicznego.

Z zakresu powyższej definicji wyłączone są:

- Guzy przysadki mózgowej mniejsze niż 10 mm,
- Ziarniniaki,
- Zmiany naczyniowe mózgu (tętnicze lub żyłne),
- Krwiaki,
- Ropień mózgu,
- Zmiany w obrębie rdzenia kręgowego.

37. Nowotwór złośliwy

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia nowotworu złośliwego, charakteryzującego się niekontrolowanym, inwazyjnym wzrostem i rozprzestrzenianiem się, potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego i sklasyfikowane jako nowotwór złośliwy zgodnie z ósmą edycją klasyfikacji AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer).

Wyklucza się:

- Rak in situ (CIS), guz in situ (TIS), rak przedinwazyjny, dysplazję, guzy łagodne, torbiele oraz wszystkie stany przednowotworowe,
- Guzy prostaty sklasyfikowane z wynikiem Gleason < 7 lub w stadium poniżej T2bN0M0 albo poniżej pT2N0M0 po całkowitym usunięciu prostaty (radikalna prostatektomia),
- Guzy tarczycy w stadium poniżej T2N0M0,
- Guzy urotelialne w stadium poniżej T1bN0M0,

- Nowotwory rozpoznane wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych i/lub cząsteczek związanych z nowotworem w krwi, ślinie, kale, moczu lub innym płynie ustrojowym, bez dalszych jednoznacznych i klinicznie weryfikowalnych dowodów.

38. Rak przedinwazyjny (in situ) wymagający leczenia operacyjnego

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, nowotworu złośliwego na etapie przedinwazyjnym, we wczesnym stadium lub o granicznej złośliwości, potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres obejmuje wyłącznie nowotwory, które kwalifikują się do leczenia chirurgicznego poprzez ich całkowite usunięcie, niezależnie od tego, czy zabieg został wykonany. Nowotwory przedinwazyjne muszą być sklasyfikowane jako rak in situ (CIS) lub guz in situ (TIS) zgodnie z ósmą edycją klasyfikacji AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual).

Wyklucza się:

- Wszystkie torbiele,
- Raki podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe skóry oraz chłoniaki skórne, mięsaki i dermatofibrosarcoma protuberans ograniczone do skóry,
- Dysplazje ocenione jako LSIL lub sklasyfikowane poniżej CIN III,
- Nowotwory przedinwazyjne rozpoznane wyłącznie na podstawie obecności komórek nowotworowych lub cząsteczek związanych z nowotworem w krwi, ślinie, kale, moczu lub innych płynach ustrojowych, bez dalszych jednoznacznych i klinicznie potwierdzonych dowodów.

39. Ropień mózgu wymagający leczenia operacyjnego

Rozpoznanie miejscowego nagromadzenia ropy w tkance mózgowej spowodowanego infekcją bakteryjną, grzybiczą lub pasożytniczą, prowadzącego do miejscowego uszkodzenia mózgu. Ubezpieczony musi spełniać wymagania kwalifikacji do chirurgicznego drenażu ropnia śródmózgowego poprzez kraniotomię. Obecność ropnia musi być potwierdzona w badaniach obrazowych.

Rozpoznanie oraz konieczność Operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę neurologii lub neurochirurgii.

40. Ciężka Choroba mózgu

Rozpoznanie poważnego, nienowotworowego schorzenia mózgu powodującego trwałe objawy neurologiczne i wymagającego lub kwalifikującego się do leczenia neurochirurgicznego. Zmiany strukturalne mózgu muszą być potwierdzone w badaniach obrazowych oraz potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Zmiany związane z nowotworami są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

41. Borelioza

Rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez krętki z rodzaju *Borrelia*, przenoszone przez kleszcze. Musi być potwierdzona badaniami laboratoryjnymi i skutkować objawami klinicznymi wymagającymi leczenia specjalistycznego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób zakaźnych, neurologii, reumatologii lub dermatologii i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi prowadzić do co najmniej dwóch z poniższych objawów:

- Objawy neurologiczne,
- Objawy stawowe,
- Objawy skórne,
- Objawy sercowe,
- Konieczność dożylnego leczenia antybiotykowego przez co najmniej 14 dni.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki boreliozy bezobjawowej, niewymagające leczenia lub ograniczone wyłącznie do dodatnich wyników serologicznych bez potwierdzenia klinicznego.

42. Wścieklizna

Rozpoznanie ciężkiej, ostrej Choroby wirusowej ośrodkowego układu nerwowego wywołanej przez wirus wścieklizny (*Rabies virus*). Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę chorób zakaźnych, neurologii lub medycyny sądowej. Wymagane jest laboratoryjne potwierdzenie obecności wirusa.

43. Zgorzel gazowa

Rozpoznanie ciężkiej, postępującej infekcji tkanek miękkich wywołanej przez bakterie beztlenowe, prowadzącej do martwicy tkanek, produkcji gazu i ogólnoustrojowej reakcji zapalnej. Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę chirurgii, chorób zakaźnych lub intensywnej terapii. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności bakterii beztlenowych w badaniu mikrobiologicznym próbki rany lub tkanki,
- Obecność objawów klinicznych takich jak szybko postępujący obrzęk, martwica, pęcherze wypełnione gazem, silny ból, gorączka,
- Konieczność leczenia chirurgicznego oraz dożylniej terapii antybiotykowej,
- Wystąpienie objawów ogólnoustrojowych wymagających leczenia na oddziale intensywnej terapii.

44. Ziarniniakowatość

Rozpoznanie przewlekłej autoimmunologicznej Choroby zapalnej prowadzącej do powstawania ziarniniaków w różnych narządach, najczęściej w drogach oddechowych, nerkach i naczyniach krwionośnych. Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez specjalistę reumatologii, pulmonologii

lub nefrologii. Wymagane jest zajęcie co najmniej jednego narządu.

45. Pełzakowica

Rozpoznanie Choroby pasożytniczej wywołanej przez pierwotniaka *Entamoeba histolytica*, prowadzącej do uszkodzenia błony śluzowej jelita grubego. Rozpoznanie musi zostać postawione przez specjalistę chorób zakaźnych, gastroenterologa lub parazytologa oraz potwierdzone w dokumentacji medycznej wykazaniem obecności *Entamoeba histolytica* w badaniu mikroskopowym, hodowli lub w testach antygenowych albo molekularnych.

46. Cukrzyca typu 1

Jednoznaczne rozpoznanie cukrzycy typu 1 wymagającej stałego stosowania iniekcji insuliny. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę diabetologa.

Wyklucza się:

- Inne typy cukrzycy,
- Stany przedcukrzycowe,
- Przemijające zaburzenia metabolizmu węglowodanów.

47. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu

Rozpoznanie zakażenia HIV potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, nabytego w wyniku:

- Transfuzji krwi lub podania produktów krwiopochodnych, lub
- Przeszczepu narządu, szpiku kostnego lub tkanek, pod warunkiem, że procedura została przeprowadzona zgodnie ze standardami medycznymi w licencjonowanej placówce.

Zakażenie musi być potwierdzone przez dwa niezależne testy serologiczne i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

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

Rozpoznanie zakażenia HIV w wyniku ekspozycji zawodowej potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, nabytego w wyniku kontaktu z materiałem zakaźnym podczas wykonywania obowiązków zawodowych w zawodach wysokiego ryzyka, takich jak:

- Zawody medyczne – lekarz, dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, farmaceuta, felczer, diagnosta laboratoryjny, fizjoterapeuta, asystent stomatologiczny, dietetyk, elektromiolog, higienistka stomatologiczna, logopeda, masażysta, asystent medyczny, optometrysta, ortoptysta, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik ortopedyczny, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy,
- Służby mundurowe – Policja, Żandarmeria Wojskowa, Straż Pożarna, Służba Celno-Skarbowa, Straż Miejska, Służba Więzienna, Służba Leśna,

Straż Ochrony Kolei, Straż Marszałkowska, Służba Ochrony Państwa, Straż Graniczna, Siły Zbrojne RP, Służby Specjalne.

Zakażenie musi być potwierdzone przez dwa niezależne testy serologiczne i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Wymagana jest również dokumentacja zdarzenia ekspozycji w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.

49. Tężec

Rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej neurotoksyną produkowaną przez bakterię *Clostridium tetani*, prowadzącej do uogólnionych skurczów mięśni i zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób zakaźnych, neurologii lub intensywnej terapii i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Stan musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Obecność objawów klinicznych takich jak sztywność karku, skurcze mięśni, trudności w połykaniu lub zaburzenia oddychania,
- Konieczność hospitalizacji, w tym podania terapii przeciwtężcowej, leczenia antybiotykowego lub opieki wspomagającej.

50. Bąblowiec mózgu

Rozpoznanie Choroby pasożytniczej wywołanej przez larwy tasiemców z rodzaju *Echinococcus*, prowadzącej do powstania torbieli bąblowcowej w mózgu.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologii, chorób zakaźnych lub neurochirurgii i potwierdzone w dokumentacji medycznej z potwierdzeniem obecności *Echinococcus* w badaniach obrazowych, serologicznych, histopatologicznych lub obecności objawów neurologicznych.

51. Gruźlica

Rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez kompleks *Mycobacterium tuberculosis*, prowadzącej do uszkodzenia tkanek. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób zakaźnych, pulmonologii lub ftyzjatrii i potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Potwierdzenie obecności prątków gruźlicy w materiale biologicznym w badaniu mikroskopowym, hodowli lub metodą molekularną,
- Zmiany radiologiczne typowe dla gruźlicy potwierdzone zdjęciem RTG klatki piersiowej lub tomografią komputerową,
- Objawy kliniczne utrzymujące się przez co najmniej 4 tygodnie,
- Konieczność leczenia przeciwgruźliczego zgodnie z krajowymi lub międzynarodowymi wytycznymi.

52. Zapalenie mózgu

Rozpoznanie Choroby zapalnej obejmującej półkule mózgowe (co najmniej jedną), pień mózgu lub mózdzek, wywołanej infekcją wirusową, bakteryjną, autoimmunologiczną lub inną, wymagającej hospitalizacji lub specjalistycznego nadzoru medycznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone w dokumentacji medycznej, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania. Przypadki wywołane zakażeniem HIV są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

53. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Rozpoznanie Choroby zapalnej obejmującej opony otaczające mózg lub rdzeń kręgowy, wywołanej infekcją bakteryjną, wirusową, grzybiczą lub inną, wymagającej hospitalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego lub innymi testami diagnostycznymi, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania. Przypadki wywołane zakażeniem HIV są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

54. Choroba Heinego-Medina (Polio)

Rozpoznanie wirusowej infekcji układu nerwowego wywołanej przez wirusa polio, prowadzącej do ostrego wiotkiego porażenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone w dokumentacji medycznej. Choroba musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Laboratoryjne potwierdzenie zakażenia wirusem polio,
- Wystąpienie ostrego wiotkiego porażenia kończyn lub mięśni oddechowych,
- Konieczność hospitalizacji,
- Objawy neurologiczne utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni od rozpoznania.

55. Cholera

Rozpoznanie ostrej Choroby zakaźnej wywołanej przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie objawów klinicznych oraz potwierdzeniu obecności bakterii w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.

56. Dur Brzuszny

Rozpoznanie ostrej ogólnoustrojowej Choroby zakaźnej wywołanej przez pałeczkę duru brzuszego (*Salmonella typhi*). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie badań bakteriologicznych, histopatologicznych lub immunologicznych. Definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa pałeczek duru brzuszego (*Salmonella typhi*) lub pałeczek duru rzekomego (*Salmonella paratyphi*).

57. Gorączka Denga

Rozpoznanie ostrej Choroby zakaźnej wywołanej wirusem dengi. Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych:

- Izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
- Wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR.

58. Ebola

Rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez wirusa ebola. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie badań laboratoryjnych.

59. Malaria wymagająca hospitalizacji

Rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez zarodźca zimnicy, która wymagała hospitalizacji, co zostało potwierdzone w karcie leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych w karcie leczenia szpitalnego i obecnością zarodźców w preparacie krwi.

60. Żółta Gorączka

Rozpoznanie Choroby zakaźnej wywołanej przez wirusa z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych na podstawie testu PCR lub izolacją wirusa w hodowlach komórkowych.

*Obszary aktywności w życiu codziennym:

- 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) przechodzenia z pomieszczenia do pomieszczenia.
- Kontrolowanie zwieraczy – zdolność do trzymania stolca i moczu, umożliwiającą pełne utrzymanie higieny osobistej.
- Odżywianie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust.
- Higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).

A. Messerli 

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Załącznik nr 2 do OWUD na wypadek poważnego zachorowania (SIP/1/2026)

Tabela limitów

1	Minimalne podwyższenie Sumy ubezpieczenia	10 000 zł	
2	Maksymalna suma Świadczeń z Umowy dodatkowej	600% Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego	
3	Maksymalne Świadczenie w każdej grupie	Grupa	% Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
		1	150%
		2	150%
		3	100%
		4	100%
		5	100%
4	Minimalna wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej po obniżeniu Sumy ubezpieczenia	Częstotliwość	Wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej
		Miesięczna	1 zł
		Kwartalna	3 zł
		Półroczna	6 zł
		Roczna	12 zł
5	Limit Drugich opinii medycznych Ubezpieczonego w każdym roku ubezpieczenia	Jedna Druga opinia medyczna w odniesieniu do danej Choroby.	

A. Messerli

Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Bartkiewicz

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału



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