

Ubezpieczenie dodatkowe przejęcia opłacania składek 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 przejścia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania (WOSIP/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 przejścia opłacania składek 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 przejście przez Prudential opłacania składek, co zapewni kontynuowanie Umowy do końca jej trwania w przypadku wystąpienia u Ubezpieczającego 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 – Ubezpieczający w Umowie głównej. Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczonym w Umowie głównej, z wyjątkiem Umowy START W ŻYCIE, gdzie w ramach niniejszej Umowy dodatkowej Ubezpieczonym jest Ubezpieczający. Ubezpieczonym może być osoba, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 71. roku życia.

Cechy produktu i opis

Zakres Umowy dodatkowej

Zakres Umowy dodatkowej określa przypadki, w których spełnimy Świadczenie.

Świadczenie spełnimy, jeśli w Okresie ubezpieczenia:

- wystąpiło u Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej

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

- skierowania Ubezpieczonego 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 spełnienia Świadczenia, o czym szczegółowo piszemy w sekcji „Kiedy nie spełnimy 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 umówimy się inaczej.

Świadczenie

W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego przejmujemy opłacanie składek z tytułu Umowy głównej i pozostałych umów dodatkowych, poza umowami dotyczącymi przejęcia opłacania składek, w wysokości należnej od następnego dnia przypadającego po dniu wystąpienia Poważnego zachorowania. Świadczenie obejmuje składki należne od następnego dnia po dniu wystąpienia Poważnego zachorowania.

Będziemy opłacali składki odpowiednio:

- do końca okresu ubezpieczenia Umowy głównej, lub
- do końca okresu ubezpieczenia danej umowy dodatkowej, a w przypadku, gdy deklarowany okres ubezpieczenia danej umowy dodatkowej jest dłuższy niż jej okres ubezpieczenia, przejmujemy opłacanie składek do końca deklarowanego okresu ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca okresu ubezpieczenia Umowy głównej.

Kiedy nie wypłacimy Świadczenia

Nie spełnimy Świadczenia z Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Poważne zachorowanie nastąpiło w związku z 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, wynikającego bezpośrednio lub pośrednio z reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego, z wyjątkiem promieniowania wykorzystywanego w diagnostyce medycznej lub leczeniu,

Nie spełnimy 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.

Powyższe 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 wniosek 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,
- spełnimy 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, spełnimy Świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym ich wyjaśnienie przy zachowaniu należytej staranności było możliwe. Bezsprawną część Świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wypłatę Świadczenia.

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.

Wysokości składki za Umowę dodatkową ulega zmianie wraz ze zmianą wysokości kładek za Umowę główną i pozostałe umowy dodatkowe (z wyjątkiem pozostałych umów dodatkowych przejęcia opłacania składek).

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.

Warianty indeksacji

1. Możesz zawrzeć Umowę dodatkową w jednym z dwóch wariantów:
 - 1) z indeksacją składek Umowy głównej i umów dodatkowych o wskaźnik równy 2,5% rocznie w trakcie przejścia ich opłacania oraz w konsekwencji ze wzrostem sum ubezpieczenia z tych umów,
 - 2) bez indeksacji składek i wzrostu sum ubezpieczenia Umowy głównej i umów dodatkowych w trakcie przejścia ich opłacania.
2. Wybór wariantu dokonujesz w momencie zawierania Umowy dodatkowej i nie możesz go zmienić w trakcie jej trwania.
3. Jeśli wybierzesz wariant z indeksacją składek, będzie ona stosowana, o ile nie wykluczają jej postanowienia OWU lub OWUD.

Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa zakończy się, gdy:

- zakończy się Umowa główna,
- odstąpisz od Umowy dodatkowej lub ją wypowiedz,
- przekształcimy Umowę główną w umowę bezskładową (jeśli masz taką opcję w Umowie głównej),
- upłynie Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
- zaakceptujemy wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej,
- zaakceptujemy wniosek o spełnienie świadczenia z innej umowy dodatkowej przejścia opłacania składek,
- nastąpi zmiana Ubezpieczającego na Polisie.

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
5. START W ŻYCIE

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 (WOSIP/1/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 2, § 4, § 9, § 12 oraz Załącznik nr 1 do OWUD „Lista Poważnych zachorowań”.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2, § 4, § 9 – § 11 oraz Załącznik nr 1 do OWUD „Lista Poważnych zachorowań”.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania (WOSIP)/1/2026)

§ 1. Postanowienia wstępne

Ten dokument opisuje zasady ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek 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) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie w życiu Ubezpieczonego wywołane przyczyną zewnętrzną, nagłą i niezależną od jego woli i stanu zdrowia, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia.
- 3) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w Polisie czas, przez który udzielamy ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
- 4) **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.
- 5) **OWUD** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania.
- 6) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej.
- 7) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku.
- 8) **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,

9) **Świadczenie** – przejście przez nas opłacania składek w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową dodatkową.

10) **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.

11) **Ubezpieczający, Ty** – osoba, która zawarła Umowę i jest zobowiązana do opłacania składek.

12) **Ubezpieczony** – jednocześnie Ubezpieczający i Ubezpieczony w Umowie głównej lub Ubezpieczający w Umowie START W ŻYCIE.

13) **Umowa dodatkowa** – dodatkowa umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWUD.

14) **Umowa lub Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie, którą możesz rozszerzyć o tę umowę dodatkową.

15) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Poważne zachorowanie, za które spełnimy 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 nam wniosku Ubezpieczony ma co najmniej 18 lat i nie ukończył jeszcze 71 lat.

§ 4. Co obejmuje Umowa dodatkowa

1. Przedmiotem Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ponosimy odpowiedzialność w zakresie Poważnych zachorowań wskazanych i zdefiniowanych w załączniku nr 1 do OWUD.

§ 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 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. Deklarowany okres ubezpieczenia jest równy okresowi ubezpieczenia Umowy głównej, z zastrzeżeniem maksymalnego Okresu ubezpieczenia Umowy dodatkowej. 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 wyślemy 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 z Umowy głównej oraz pozostałych umów dodatkowych),
 - 2) w przypadku, gdy proponujemy zmianę składki przy kontynuacji Umowy dodatkowej, niezbędna będzie Twoja zgoda na kontynuację. Nową składkę obliczymy na podstawie taryfy obowiązującej w dniu przygotowania propozycji kontynuacji, przy uwzględnieniu:
 - aktualnej wysokości Świadczenia,
 - wieku Ubezpieczonego,
 - deklarowanego okresu ubezpieczenia tej Umowy dodatkowej,
 - deklarowanych okresów ubezpieczenia Umowy głównej i pozostałych umów dodatkowych, z wyjątkiem umów dotyczących przejęcia opłacania składek,
 - dotychczasowych wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- W razie braku Twojej zgody Umowa dodatkowa wygaśnie z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.
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) upłynie Okres ubezpieczenia Umowy dodatkowej,
 - 4) zaakceptujemy wniosek o spełnienie Świadczenia,
 - 5) zaakceptujemy wniosek o spełnienie świadczenia z innej umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek,
 - 6) nastąpi zmiana Ubezpieczającego na Polisie.
3. Możesz odstąpić od Umowy dodatkowej. Odstąpienie będzie skuteczne, jeśli:
- upłynie 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.

§ 8. Składka – ile wynosi i jak ją ustalamy

1. Wysokość składki lub kwota zmiany składki za Umowę dodatkową zależy odpowiednio od:
 - 1) wariantu Umowy dodatkowej,
 - 2) deklarowanego przez Ciebie okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 3) aktualnej częstotliwości opłacania składek,
 - 4) wieku Ubezpieczonego w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej,
 - 5) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego przy zawarciu Umowy dodatkowej,
 - 6) taryf aktualnych w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej,
 - 7) wysokości składek za Umowę główną i pozostałych umów dodatkowych (z wyjątkiem pozostałych umów dodatkowych przejęcia opłacania składek) oraz
 - 8) okresu ubezpieczenia i deklarowanego okresu ubezpieczenia umów.
2. Zasady opłacania składek, ich zwrotu i skutków nieopłacenia są takie same jak w Twojej Umowie głównej.
3. Wysokość składki za Umowę dodatkową znajdziesz w swojej Polisie lub innych dokumentach ubezpieczeniowych.
4. W okresie, w którym opłacasz składki z tytułu tej Umowy dodatkowej, ich wysokość może się zmienić wraz ze zmianą składki z tytułu Umowy głównej i innych umów dodatkowych (z wyjątkiem zmian w pozostałych umowach dodatkowych przejęcia opłacania składek).

§ 9. Świadczenie w razie Poważnego zachorowania

1. Jeżeli w tym paragrafie piszemy o Świadczeniach, odnosimy się w ten sposób do Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania
2. W razie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego przejmujemy opłacanie składek z tytułu Umowy głównej i pozostałych umów dodatkowych, poza umowami dotyczącymi przejęcia opłacania składek, w wysokości należnej od następnego dnia przypadającego po dniu wystąpienia Poważnego zachorowania. Świadczenie obejmie składki należne od następnego dnia po dniu wystąpienia Poważnego zachorowania.

§ 6. Warianty

1. Możesz zawrzeć Umowę dodatkową w jednym z dwóch wariantów:
 - 1) z indeksacją składek Umowy głównej i umów dodatkowych o wskaźnik równy 2,5% rocznie w trakcie przejęcia ich opłacania oraz w konsekwencji ze wzrostem sum ubezpieczenia z tych umów,
 - 2) bez indeksacji składek i wzrostu sum ubezpieczenia Umowy głównej i umów dodatkowych w trakcie przejęcia ich opłacania.
2. Wyboru wariantu dokonujesz w momencie zawierania Umowy dodatkowej i nie możesz go zmienić w trakcie jej trwania.
3. Jeśli wybierzesz wariant z indeksacją składek, będzie ona stosowana, o ile nie wykluczają jej postanowienia OWU lub OWUD.

§ 7. Kiedy kończy się Umowa dodatkowa

1. Masz prawo rozwiązać Umowę dodatkową w dowolnym momencie. Do rozwiązywania Umowy dodatkowej stosujemy odpowiednie postanowienia OWU Twojej Umowy oraz poniższe zasady.

3. Lista Poważnych zachorowań, które obejmujemy ochroną:

1.	Śpiączka z trwałym ubytkiem neurologicznym
2.	Przewlekła niewydolność nerek wymagająca dializy lub przeszczepu
3.	Niewydolność wątroby
4.	Niewydolność oddechowa spowodowana chorobą płuc
5.	Sepsa
6.	Choroba w końcowym stadium
7.	Choroba płuc wymagająca usunięcia płuca
8.	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby
9.	Zespół nerczycowy
10.	Choroba Leśniowskiego-Crohna wymagająca leczenia operacyjnego
11.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające leczenia operacyjnego
12.	Stwardnienie rozsiane
13.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba
14.	Choroba Alzheimera
15.	Choroba neuronu ruchowego
16.	Dystrofia mięśniowa
17.	Choroba Parkinsona
18.	Postępujące porażenie nadjądrowe
19.	Guzkowe zapalenie tętnic
20.	Choroba Huntingtona
21.	Miastenia
22.	Zespół Guillaina-Barrégo
23.	Toczeń rumieniowaty układowy
24.	Reumatoidalne zapalenie stawów
25.	Twardzina układowa
26.	Zawał serca
27.	Choroba zastawkowa serca
28.	Choroba aorty
29.	Kardiomiopatia
30.	Strukturalna choroba serca kwalifikująca się do rewaskularyzacji
31.	Udar mózgu
32.	Nadciśnienie płucne
33.	Choroba niedokrwienna serca spowodowana miażdżycą wymagająca przeprowadzenia Operacji
34.	Zapalenie wsierdza
35.	Anemia aplastyczna
36.	Łagodny guz mózgu
37.	Nowotwór złośliwy
38.	Ropień mózgu wymagający leczenia operacyjnego
39.	Ciężka choroba mózgu
40.	Wścieklizna
41.	Cukrzyca
42.	Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu
43.	Zakażenie wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków służbowych
44.	Gruźlica
45.	Zapalenie mózgu
46.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

4. Będziemy opłacać składki odpowiednio:

- do końca okresu ubezpieczenia Umowy głównej lub
 - do końca okresu ubezpieczenia danej umowy dodatkowej, a w przypadku, gdy deklarowany okres ochrony ubezpieczeniowej danej umowy dodatkowej jest dłuższy niż jej okres ubezpieczenia, przejmujemy opłacanie składek do końca deklarowanego okresu ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca okresu ubezpieczenia Umowy głównej.
5. Możemy skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub diagnostyczne, jeśli będą potrzebne do oceny zasadności roszczenia o realizację Świadczenia w szczególności, jeżeli Poważne zachorowanie nie zostało potwierdzone przez lekarza wymaganej specjalności lub wymaganym badaniem. Koszty tych badań pokrywamy my.

§ 10. Kiedy nie spełnimy Świadczenia

W niektórych sytuacjach nie ponosimy odpowiedzialności. Oznacza to, że nie spełnimy Świadczenia z Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Poważne zachorowanie 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, wynikającego bezpośrednio lub pośrednio z reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia radioaktywnego, z wyjątkiem promieniowania wykorzystywanego w diagnostyce medycznej lub leczeniu.

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

1. Nie spełnimy Świadczenia, jeśli Poważne zachorowanie 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. Jeżeli Ty, Ubezpieczony albo Wasi przedstawiciele z winy umyślnej naruszyliście obowiązek podania informacji, o których piszemy w ust. 1, to w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem tych okoliczności.
3. Powyższe ograniczenia nie obowiązują, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpi po upływie 3 lat od zawarcia lub zmiany Umowy dodatkowej.

§ 12. Jak spełnimy Świadczenie

1. Do spełnienia Świadczenia stosujemy odpowiednie warunki wypłaty Świadczenia z tytułu śmierci w Twojej Umowie głównej, z wyłączeniem zapisów dotyczących Uposażonego. Do czasu przejścia przez nas opłacania składek obowiązek ich opłacania spoczywa na Tobie.
2. Przejmujemy opłacanie składek przy zachowaniu wszystkich warunków Umowy i umów dodatkowych, które obowiązywały w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania.

§ 13. 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.

§ 14. Treść Twojej Umowy dodatkowej

Treść Umowy dodatkowej określają:

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

§ 15. Język do kontaktu

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

§ 16. Załączniki do OWUD

Integralną częścią OWUD jest załącznik:

1. Lista Poważnych zachorowań – zawiera listę oraz definicje wszystkich Poważnych zachorowań objętych ubezpieczeniem.



Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Załącznik nr 1 do OWUD przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania (WOSIP/1/2026)

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 wątrobowa,
- 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 (FEV₁) ≤ 1,0 litra w dwóch kolejnych badaniach,
- Konieczność stałej terapii tlenowej z powodu hipoksemii,

- Ciśnienie parcjalne tlenu (PaO₂) ≤ 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 wywołanego 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 żółtaczką, ciemny moczu, 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, prowadzący 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-godzinym 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-Crona wymagająca leczenia operacyjnego

Rozpoznanie Choroby Leśniowskiego-Crona 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 McDonald.

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 potwierdzone 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, porażenia nerwów czaszkowych lub kończynowych.

14. Choroba Alzheimerera lub Demencja

Rozpoznanie Choroby Alzheimerera 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 potwierdzone wynikami badań klinicznych.

Łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) nie są uznawane za chorobę Alzheimerera 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 paraliżu, 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 czaskowych,
- 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:

- 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, potwierdzona przez reumatologa i udokumentowane w dokumentacji medycznej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez co najmniej jedno z poniższych:

- 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:

- 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 jedno z poniższych:

- 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 jest wyłączona.

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:

- 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 neuroprotektoryjnego

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:

- 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 niedokrwienności serca spowodowana miażdżycą wymagająca rewaskularyzacji

Rozpoznanie przewlekłej Choroby niedokrwiennej serca spowodowanej miażdżycą tętnic wieńcowych, potwierdzona przez kardiologa i udokumentowana 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:

- 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. Ropień mózgu wymagający leczenia operacyjnego

Rozpoznanie miejscowego nagromadzenia ropy w tkance mózgowej spowodowane 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.

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu

Rozpoznanie zakażenia HIV potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, nabyte 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.

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

– rozpoznanie zakażenia HIV w wyniku ekspozycji zawodowej potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, nabyte 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, elektrolod, 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.

44. 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.

45. Zapalenie mózgu

Rozpoznanie Choroby zapalnej obejmującej półkule mózgowe (co najmniej jedną), pień mózgu lub mózdzek, wywołanej infekcją wirusową, bakteryjną, autoimmunologiczną lub inną, wymagająca 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.

46. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Rozpoznanie Choroby zapalnej obejmujące opony otaczające mózg lub rdzeń kręgowy, wywołanej infekcją bakteryjną, wirusową, grzybiczą lub inną, wymagająca hospitalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez neurologa lub specjalistę chorób zakaźnych i potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego lub innymi testami diagnostycznymi.

Przypadki wywołane zakażeniem HIV są wyłączone z zakresu ubezpieczenia, pod warunkiem przeżycia 14 dni od dnia rozpoznania.

*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



■ **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