

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego – indeks PZ/25/11/20

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1–6, 8, § 10 ust. 1–2, § 11 ust. 1–3, 10, § 17 ppkt 1–55 Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 7, § 10 ust. 3–5, § 12

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
 - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- są wskazane również w umowie podstawowej.

§ 1 Ubezpieczony

1. Ubezpieczonym jest Ubezpieczony Główny lub jego współmałżonek albo partner, na rzecz którego zawarto umowę dodatkową.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ukończyła 18. i nie ukończyła 66. roku życia.

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje rozpoznanie u Ubezpieczonego po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A albo katalogu B, albo katalogu C).
3. Poważne zachorowania wskazane w tabeli nr 1 pogrupowane są w katalogi i dodatkowo każde z nich przyporządkowane jest do określonej grupy. Wykaz poważnych zachorowań, katalogi i grupy oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określone są w tabeli nr 1. W tabeli określony jest również limit sumy ubezpieczenia w ramach jednej grupy poważnych zachorowań, który dla każdej grupy wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Tabela poważnych zachorowań nr 1

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa	Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	tak	tak	tak	1	100%	100
Zawał serca	tak	tak	tak	1	100%	100
Angioplastyka wieńcowa	tak	tak	tak	1	100%	20
Kardiomiopatia	brak	tak	tak	1	100%	100
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	tak	tak	tak	2	100%	100
Choroba neuronu ruchowego	tak	tak	tak	2	100%	100
Dystrofia mięśniowa	tak	tak	tak	2	100%	100
Łagodny guz mózgu	tak	tak	tak	2	100%	100
Łagodny guz rdzenia	tak	tak	tak	2	100%	100
Udar mózgu	tak	tak	tak	2	100%	100
Zapalenie mózgu	tak	tak	tak	2	100%	100
Niedowład (paraliż)	brak	tak	tak	2	100%	100
Poważny uraz głowy	brak	tak	tak	2	100%	100
Operacja błonowca mózgu	brak	brak	tak	2	100%	100
Odkleszczowe zapalenie mózgu	brak	brak	tak	2	100%	100
Operacja ropnia mózgu	brak	brak	tak	2	100%	100
Borelioza	brak	brak	tak	2	100%	20
Niewydolność nerek	tak	tak	tak	3	100%	100
Przeszczep narządów	tak	tak	tak	3	100%	100
Schyłkowa niewydolność wątroby	tak	tak	tak	3	100%	100
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	tak	tak	tak	3	100%	100
Piorunujące zapalenie wątroby	brak	tak	tak	3	100%	100
Toczeń rumieniowaty układowy	brak	tak	tak	3	100%	100
Niedokrwiłość aplastyczna	tak	tak	tak	4	100%	100
Nowotwór złośliwy	tak	tak	tak	4	100%	100
Nowotwór in situ	brak	brak	tak	4	100%	10
Operacja aorty brzusznej	tak	tak	tak	5	100%	100
Operacja aorty piersiowej	tak	tak	tak	5	100%	100
Wymiana lub plastyka zastawki serca	brak	tak	tak	5	100%	100
Bakteryjne zapalenie wsierdza	brak	brak	tak	5	100%	100

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa	Limit sumy ubezpieczenia w ramach danej grupy	Procent sumy ubezpieczenia
Śpiączka	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata kończyn	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata mowy	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata słuchu	tak	tak	tak	6	100%	100
Utrata wzroku	tak	tak	tak	6	100%	100
Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	brak	brak	tak	6	100%	100
Sepsa (posocznica)	brak	brak	tak	6	100%	100
Schyłkowa niewydolność oddechowa	brak	tak	tak	7	100%	100
Gruźlica	brak	brak	tak	7	100%	100
Ciężkie oparzenia III stopnia	tak	tak	tak	8	100%	100
Ciężkie oparzenia I i II stopnia	tak	tak	tak	8	100%	100
Zakażona martwica trzustki	brak	brak	tak	9	100%	100

4. Poważne zachorowania wskazane w tabeli poważnych zachorowań nr 2 pogrupowane są w katalogi i nie są przyporządkowane do grup. Oznacza to, że za każde poważne zachorowanie z tej tabeli Ubezpieczony może otrzymać 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej. Wykaz poważnych zachorowań, katalogi oraz procent sumy ubezpieczenia za każde poważne zachorowanie określone są w tabeli nr 2.

Tabela poważnych zachorowań nr 2

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Procent sumy ubezpieczenia
Choroba Alzheimera	tak	tak	tak	100
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	tak	tak	tak	100
Choroba Parkinsona	tak	tak	tak	100
Nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	tak	tak	tak	100
Stwardnienie rozsiane	tak	tak	tak	100
Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	tak	tak	tak	100
Zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	tak	tak	tak	100
Choroba Leśniowskiego-Crohna	brak	tak	tak	100
Twardzina	brak	tak	tak	100
Choroba Huntingtona	brak	brak	tak	100
Tęžec	brak	brak	tak	100
Wścieklizna	brak	brak	tak	100
Zgorzel gazowa	brak	brak	tak	100

5. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej u Ubezpiezonego:
- 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
6. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, który jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
- 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.

8. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej powoduje podwyższenie składki dodatkowej i potwierdzane jest w polisie.
9. Zakres ubezpieczenia potwierdzany jest w polisie.

§ 3 Umowa dodatkowa

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest z inną datą niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej w danym roku polisy zostaje skrócony do liczby pełnych miesięcy polisy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) na kolejne roczne okresy – nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony osiągnie wiek 70 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo na jeden miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży na piśmie lub prześle pocztą elektroniczną oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

§ 4 Przedłużenie umowy dodatkowej

1. Na jeden miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, uznaje się, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres, na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

§ 5 Treść umowy dodatkowej

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

§ 6 Ochrona ubezpieczeniowa

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednio zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki łącznej powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

§ 7 Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego stanowi kwota określona w polisie.
2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednio zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

§ 8 Składka z tytułu umowy dodatkowej

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, wysokość składki dodatkowej ustalana jest na podstawie taryf, zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.
2. W rocznice polisy wysokość składki dodatkowej ustalana jest na podstawie aktualnych na ten dzień: taryf, zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego. O wysokości składki dodatkowej Towarzystwo informuje Ubezpieczającego w trybie wskazanym w § 4.

§ 9 Indeksacja

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, jeżeli umowa podstawowa przewiduje podwyższenie składki łącznej w związku z indeksacją, zapisy dotyczące indeksacji składki łącznej mają zastosowanie do tej umowy dodatkowej.
2. Rozszerzenie zakresu o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów nie podlega indeksacji.

§ 10 Świadczenie ubezpieczeniowe w związku z poważnym zachorowaniem

1. Jeśli u Ubezpieczonego zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, Towarzystwo wypłaci mu świadczenie w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień rozpoznania poważnego zachorowania dla danego poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzona jest w polisie.

2. Procent sumy ubezpieczenia dla każdego poważnego zachorowania wskazany jest w tabelach w § 2 ust. 3 i 4.
3. Maksymalna wysokość świadczeń w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej na wszystkie poważne zachorowania z jednej grupy poważnych zachorowań wynosi 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
4. Każda wypłata świadczenia z danej grupy poważnych zachorowań powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń w ramach danej grupy poważnych zachorowań, czyli 100% sumy ubezpieczenia z danej grupy poważnych zachorowań, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń, które Towarzystwo wypłaciło z tej grupy poważnych zachorowań.
5. Po rozpoznaniu danego poważnego zachorowania i wypłacie świadczenia z tego tytułu ochrona ubezpieczeniowa w zakresie tego poważnego zachorowania wygasa. Nie dotyczy to rozpoznania nowotworu in situ. W przypadku rozpoznania nowotworu in situ Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie za pierwsze rozpoznanie z każdej z 9 kategorii nowotworu in situ od D00 do D09 (zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10).
6. Poważne zachorowanie potwierdzone jest przez Towarzystwo na podstawie dokumentacji medycznej. Aby ustalić prawo do świadczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne, które wykonuje lekarz wskazany przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 11 Konsultacje lekarzy specjalistów

1. Jeśli zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, to w przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczony otrzyma on dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów.
2. Ubezpieczonemu przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
3. Z konsultacji lekarzy specjalistów Ubezpieczony może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu, w którym Towarzystwo wypłaciło mu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
4. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniqa.pl. Informację o placówkach Ubezpieczony może też uzyskać przez infolinię medyczną.
5. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile Ubezpieczony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
6. Terminy, które są podane w ust. 5, dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
7. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
8. Miejsce i termin realizacji świadczenia Ubezpieczony może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
9. W celu realizacji świadczenia Ubezpieczony powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
10. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej Ubezpieczony uzyska zgodę Towarzystwa, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
11. Jeśli za zgodą Towarzystwa Ubezpieczony skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, Towarzystwo zwróci mu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zostanie zrealizowany w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazana jest w polisie.
12. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, Ubezpieczony powinien złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek dostępny jest na www.uniqa.pl. Do wniosku Ubezpieczony powinien dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danej konsultacji.

§ 12 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W odniesieniu do poważnych zachorowań, które nie zostały spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem:
 - 1) Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeśli u Ubezpieczonego zostanie rozpoznane poważne zachorowanie w ciągu pierwszych 3 miesięcy, które liczone są od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) w przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia – z katalogu A na B albo z katalogu A na C, albo z katalogu B na C – Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, jeśli w ciągu pierwszych 3 miesięcy, które liczone są od daty zmiany zakresu, u Ubezpieczonego zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, które objęte zostało ochroną w ramach nowego zakresu, a nie było objęte ochroną w ramach poprzednio obowiązującego zakresu ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo ograniczy świadczenie do kwoty świadczenia wynikającego z poprzednio obowiązującej sumy ubezpieczenia, jeśli u Ubezpieczonego zostanie rozpoznane poważne zachorowanie w ciągu pierwszych 3 miesięcy liczonych od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.
2. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie tego poważnego zachorowania, z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ, do którego zastosowanie ma § 10 ust. 5.

3. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
4. Świadczenie zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje poważnych zachorowań, które:
 - 1) zostały rozpoznane przed upływem jednego miesiąca od daty rozpoznania poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym Towarzystwo poniosło odpowiedzialność;
 - 2) są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w pozycjach 28 i 29 wykazu poważnych zachorowań, który stanowi załącznik do OWUD;
 - 3) są następstwem spożycia alkoholu lub użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.
6. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli do poważnego zachorowania, które obejmuje zakres ubezpieczenia, doszło wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach;
 - 3) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę – niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
7. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem:
 - 1) niezaleconego przez lekarza zażycia leków;
 - 2) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, który został przeprowadzony poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) pełnienia służby wojskowej;
 - 6) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie miał odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego.
8. Niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie spełni świadczeń, w tym: nie zapewni ochrony ubezpieczeniowej, nie wypłaci świadczeń lub nie zapewni innych korzyści z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez Towarzystwo sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarga wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej), które obowiązują Towarzystwo.

§ 13 Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Do wypłaty świadczenia należy przekazać Towarzystwu dokumenty wskazane we wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek dostępny jest na stronie www.unia.pl.
2. Dokumenty do wypłaty świadczenia należy przekazać w formie oryginałów lub kopii, których zgodność z oryginałem poświadczą:
 - 1) notariusz;
 - 2) organ, który je wydał;
 - 3) przedstawiciel Towarzystwa;
 - 4) upoważniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony – w przypadku dokumentacji medycznej;
 - 5) osoba uprawniona do otrzymania świadczenia.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym należy przetłumaczyć na język polski przez tłumacza, zanim zostaną dostarczone do Towarzystwa.

§ 14 Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do odstąpienia od umowy dodatkowej mają odpowiednio zastosowanie postanowienia dotyczące odstąpienia od umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 15 Wypowiedzenie umowy dodatkowej

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące wypowiedzenia umowy podstawowej.

§ 16 Rozwiązanie umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;

- 2) z upływem okresu wypowiedzenia umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego;
 - 3) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej za niewykorzystany okres ochrony.

§ 17 Definicje

W OWUD używane są pojęcia zdefiniowane w umowie podstawowej. Dodatkowo w OWUD Towarzystwo używa pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 2) **lekarz specjalista** – lekarz, którego specjalizacja znajduje się w wykazie specjalizacji lekarskich, stanowiącym załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 3) **partner medyczny** – operator medyczny współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 4) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba, która wykonuje zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji.

§ 18 Postanowienia końcowe

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego zatwierdził Zarząd uchwałą nr 1/04/11/2025 z 4 listopada 2025 r. i wchodzi one w życie 11 grudnia 2025 r.

Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania
Ubezpieczonego – indeks PZ/25/11/20

Poważne zachorowanie oznacza jedną z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:

KATALOG A

- 1) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 2) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 4) **choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) **choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy oraz skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel lub prysznic,
 - b) ubieranie lub rozbieranie,
 - c) jedzenie lub picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 8) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwały ubytek neurologiczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: krwaków, ziarniaków, cyst, guzów szyszynki lub przysadki mózgowej ani malformacji naczyń mózgowych;
- 9) **nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)** – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznannej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA (*New York Heart Classification*); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek męczy, powoduje duszności, kołatanie serca lub ból dławicowy, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym zwłaszcza jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie następujące kryteria: średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe 30 mmHg lub wyższe, naczyniowy opór płucny >3 (mmHg/L)/min oraz ciśnienie zaklinowania we włosniczkach płucnych <15 mmHg; rozpoznanie choroby musi być postawione przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;

- 10) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwałe ubytki neurologiczne; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwiałków, malformacji naczyń, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy ani urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych ani dyskopatii;
- 11) **niedokrwistość aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech następujących nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³, liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³, liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³; Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub u Ubezpieczonego musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;
- 12) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- 13) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy, raka szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 ani żadnych zmian przedrakowych i nieinwazyjnych,
 - b) wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - c) czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawnkomórkowego skóry ani raka kolczystokomórkowego skóry,
 - e) żadnych nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 14) **ciężkie oparzenia III stopnia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia lub wyższych; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się regułę „dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 15) **ciężkie oparzenia I i II stopnia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące: nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia lub wyższych, lub nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia lub wyższych; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się regułę „dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 16) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 17) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 18) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 19) **przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z tych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; zakresem ubezpieczenia nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 20) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów: stałej żółtaczki, wodobrzusza oraz encefalopatii wątrobowej; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę;

- 21) **stwardnienie rozsiane** – choroba przewlekła przebiegająca z okresami rzutów i remisji (minimum dwóch z okresem pomiędzy rzutami nie mniejszym niż 30 dni) lub o przebiegu postępującym, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- a) istnieniem deficytów neurologicznych, tj. wystąpieniem co najmniej dwóch objawów ubytkowych z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - b) wynikiem badania rezonansu magnetycznego (RM), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 22) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie co najmniej przez 30 dni od momentu utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 23) **udar mózgu** – nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 2 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 24) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 25) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii stwierdzającego chorobę fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje żadnych przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 26) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 27) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 28) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się; do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędne jest potwierdzenie, że do zarażenia doszło: podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentyścyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej, w drodze kontaktu Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią; ponadto muszą być spełnione wszystkie następujące kryteria: zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony zgłosił zdarzenie, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi w ciągu 24 godzin od jego zajścia, testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciała HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku, serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku, po przebytej ekspozycji Ubezpieczony zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi, w przypadku gdy przed datą zdarzenia były dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie rekomendowano w zawodzie Ubezpieczonego, zostały one u niego wykonane; Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na wniosek Towarzystwa;
- 29) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - b) przetoczenie krwi miało miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,

- c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie odbyło się w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - d) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (*Thalassaemia maior*) lub hemofilię; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na wniosek Towarzystwa dodatkowym badaniom krwi;
- 30) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
- a) kąpiel lub prysznic,
 - b) ubieranie lub rozbieranie,
 - c) jedzenie lub picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 31) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z następujących klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego lub jeden z tych objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 32) **ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń** – układowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się martwicznym zapaleniem małych i średnich naczyń krwionośnych, górnych dróg oddechowych, płuc i nerek, powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA; choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę z zakresu pulmonologii albo nefrologii w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy występowaniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności oddechowej, utraty wzroku lub utraty słuchu.

KATALOG B

Poważne zachorowania wymienione w katalogu A oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 33) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – ostateczne rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna z tworzeniem przetok oraz zwężeń jelitowych potwierdzone przez lekarza gastroenterologa; konieczne jest również potwierdzenie postępującego procesu zapalnego pomimo leczenia oraz przebycie co najmniej dwóch zabiegów chirurgicznych w przebiegu kolejnych zaostrzeń;
- 34) **kardiomiopatia** – oznacza upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, skutkujące znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4. według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa;
- 35) **niedowład (paraliż)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres co najmniej 3 miesięcy; rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje żadnych przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 36) **piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby; rozpoznanie musi być postawione w oparciu o spełnienie wszystkich następujących kryteriów: szybkie zmniejszenie rozmiarów wątroby, zmiany martwicze obejmujące całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska, gwałtowne pogorszenie wyników prób wątrobowych, szybko narastająca żółtaczka oraz wystąpienie encefalopatii wątrobowej; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę hepatologa; zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne postacie zapalenia wątroby, w tym w szczególności ostre wirusowe zapalenie wątroby czy nosicielstwo wirusa;
- 37) **poważny uraz głowy** – martwica tkanki mózgowej z powodu urazu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich:
- a) kąpiel lub prysznic,
 - b) ubieranie lub rozbieranie,
 - c) jedzenie lub picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 38) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddychania; choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich następujących objawów: natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy, pacjent wymaga przewlekłej

tlenoterapii z powodu hipoksemii, ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg ($pO_2 < 55$ mmHg), oraz duszność spoczynkowa; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;

- 39) **toczeń rumieniowaty układowy** – rozpoznanie choroby potwierdzone przez reumatologa, skutkujące wystąpieniem wszystkich następujących powikłań: trwały deficyt neurologiczny potwierdzony występowaniem paralizu, zaburzeń mowy lub trudności z polykaniem, trwałe zaburzenie czynności funkcjonowania nerek potwierdzone przez wskaźnik filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min/1,73 m² i badanie moczu pokazujące białkomocz lub krwimocz; do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy – nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 40) **twardzina** – rozpoznanie musi być ustalone przez biopsję i potwierdzenie serologiczne, a stan zaawansowania musi osiągnąć poziom układowy z zajęciem serca, płuc lub nerek; wyłączone są:
- a) miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
 - b) eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 41) **wymiana lub plastyka zastawki serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

KATALOG C

Poważne zachorowania wymienione w katalogach A i B oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 42) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa na podstawie objawów klinicznych, wyników badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;
- 43) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórными, objawiającymi się rumieniem, oraz objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi; pierwsze rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w dokumentacji medycznej wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 44) **choroba Huntingtona** – rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (płasawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem;
- 45) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu – rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwpłatkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłatkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 46) **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;
- 47) **nowotwór in situ (Carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; w przypadku którego zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię;
- ochrona obejmuje nowotwory in situ, które zostały zakwalifikowane według klasyfikacji ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” w jednej z kategorii:
- a) D00 – Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
 - b) D01 – Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego,
 - c) D02 – Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
 - d) D03 – Czerniak in situ,
 - e) D04 – Rak in situ skóry,
 - f) D05 – Rak in situ piersi,
 - g) D06 – Rak in situ szyjki macicy,
 - h) D07 – Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
 - i) D09 – Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;

- 48) **odkleszczowe zapalenie mózgu** – rozpoznane przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznane A84 (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10) musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 49) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasieniem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznane musi być potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 50) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej na podstawie badań obrazowych i badania histopatologicznego jako ropień;
- 51) **sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby; przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu tej definicji; rozpoznane musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniu antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze; obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;
- 52) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów: bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny), bolesnych skurczów mięśni tułowia lub uogólnionych skurczów oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze; rozpoznane kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 53) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych i wykrycia wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycia przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 54) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;
- 55) **zgorzel gazowa** – rozpoznane w warunkach szpitalnych, na podstawie badań bakteriologicznych, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.