

Kompleksowe 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

Kompleksowe ubezpieczenie dodatkowe przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania (WOSI/2/2022)

Poniżej znajdują się informacje na temat najistotniejszych cech produktu. Z uwagi na informacyjny charakter materiału nie zawarliśmy tu wszystkich warunków, na jakich jest zawierana Umowa dodatkowa, a niektóre z nich zostały przedstawione w sposób uproszczony. Wiążący charakter mają Ogólne Warunki Umowy dodatkowej (OWUD), dlatego rekomendujemy zapoznanie się z ich treścią.

Terminy zapisane dużymi literami w tym dokumencie mają znaczenie zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Umowy głównej (OWU) oraz OWUD.

Celem tej Umowy dodatkowej jest przejęcie przez Prudential opłacania składek, co zapewni kontynuowanie Umowy do końca jej trwania w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowane jedno z Poważnych zachorowań, w tym przebycie poważnych operacji. Umowa dodatkowa nie może istnieć samodzielnie. Może być zawarta razem z Umową główną lub dokupiona do niej w trakcie jej trwania. Istotną rolę w tej Umowie dodatkowej odgrywają:

- Ubezpieczający – osoba zawierająca Umowę dodatkową i zobowiązana do terminowego opłacania składek za Umowę główną i Umowę dodatkową oraz
- Ubezpieczony – osoba, której zdrowie jest przedmiotem ochrony; może nią być osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej nie ukończyła 61. roku życia.

Cechy produktu i opis

Zakres Umowy dodatkowej

Zakres Umowy dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie lub wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z Poważnych zachorowań będących skutkiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku, zdefiniowanych w załączniku nr 1 do OWUD.

Okres ubezpieczenia

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (jeżeli jest zawierana razem z Umową główną) lub minimum 4 lata i 1 miesiąc (jeżeli jest zawierana w trakcie trwania Umowy głównej), przy czym jej koniec musi przypadać w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej, ale nie dłużej niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

Przy zawieraniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający deklaruje wolę kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na okres Umowy głównej. Kontynuacja ochrony ubezpieczeniowej po 5 latach może wiązać się ze zmianą wysokości Składki za Umowę dodatkową, co musi być poprzedzone wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego.

Ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy dodatkowej

Przed zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczony odpowiada na pytania wskazane w ankiecie oceny ryzyka we wniosku o zawarcie. Na podstawie udzielonych odpowiedzi podejmowana jest decyzja o warunkach, na jakich zostanie zawarta Umowa dodatkowa. Decyzja ta może zostać poprzedzona skierowaniem Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne, których koszt ponosi Prudential, a także koniecznością odpowiedzi na dodatkowe pytania, wynikające z wcześniej przekazanych informacji. Ważne jest, aby na etapie wypełniania wniosku podać prawdziwe informacje dotyczące stanu zdrowia, wykonywanego zawodu oraz posiadanego hobby. W przeciwnym razie Prudential może odmówić wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o czym szczegółowo piszemy w części Wyłączenia odpowiedzialności Prudential.

Początek ochrony ubezpieczeniowej i zawarcie Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie. Umowa dodatkowa zostaje zawarta z chwilą doręczenia Polisy i zaakceptowania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego warunków w niej przedstawionych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

Świadczenie polega na przejęciu przez Prudential opłacania składek z tytułu Umowy głównej i pozostałych Umów dodatkowych, z wyjątkiem umów dotyczących przejęcia opłacania składek w sytuacji wystąpienia u Ubezpieczonego jednego z Poważnych zachorowań. Przejęcie opłacania składek rozpoczyna się od następnego dnia przypadającego po wystąpieniu Poważnego zachorowania i obowiązuje do końca trwania Umowy głównej i Umów dodatkowych.

Wyłączenia odpowiedzialności Prudential

Prudential nie spełni Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem lub nastąpiło w związku z:

- próbą samobójczą lub umyślnym samookaleczeniem Ubezpieczonego;
- czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach przemocy, wojnie, działaniach zbrojnych, operacjach o charakterze wojskowym, misjach pokojowych, misjach stabilizacyjnych, zamieszkach lub Aktach terroru;
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- okolicznościami, o które Prudential pytał we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przy zawieraniu Umowy dodatkowej i które zostały podane do wiadomości Prudential niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli; niniejsze wyłączenie odpowiedzialności Prudential nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie ma miejsce po upływie 3 lat od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.

Ponadto w definicjach Poważnych zachorowań opisanych w załączniku nr 1 do OWUD dodatkowo zawarte są wyłączenia dotyczące poszczególnych Poważnych zachorowań.

Co trzeba zrobić, aby otrzymać świadczenie ubezpieczeniowe?

W celu przejęcia opłacania składek przez Prudential osoba występująca z roszczeniem powinna złożyć do Prudential wniosek o uznanie Świadczenia ubezpieczeniowego wraz z wymaganymi dokumentami niezbędnymi do oceny zasadności roszczenia. Wówczas:

- W ciągu 7 dni od jego otrzymania Prudential pisemnie lub drogą elektroniczną potwierdza jego otrzymanie wraz ze wskazaniem dokumentów potrzebnych do rozpatrzenia roszczenia. Lista wymaganych dokumentów jest dostępna na stronie internetowej Prudential, za pośrednictwem infolinii Prudential, w placówkach Prudential oraz u przedstawicieli Prudential.
- Prudential przejmie opłacanie składek w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia oraz po wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Prudential i wysokości tego świadczenia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do uznania roszczenia było niemożliwe w tym terminie, Prudential spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Prudential wypłaci w terminie 30 dni określonym w zdaniu pierwszym.

Składka z tytułu Umowy dodatkowej

Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest częścią łącznej składki za Umowę główną i Umowę dodatkową, w związku z tym jest opłacana w takich samych terminach i z taką samą częstotliwością jak w Umowie głównej, czyli z częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.

Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej ulega zmianie wraz ze zmianą wysokości składki za Umowę główną oraz umowy dodatkowe, z wyjątkiem innych Umów dodatkowych przejęcia opłacania składek.

Konsekwencje nieopłacenia składki

Łączna składka za Umowę główną i Umowę dodatkową powinna być opłacana w terminach podanych w Umowie. W przypadku gdy Ubezpieczający nie zapłaci składki za Umowę główną i Umowę dodatkową w terminie, ma wówczas dodatkowe 60 dni na jej opłacenie. W tym czasie Prudential udziela ochrony ubezpieczeniowej. Prudential wyśle do Ubezpieczającego wezwanie do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym jednak niż 7 dni od otrzymania wezwania. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci jej w podanym w liście terminie, zarówno Umowa główna, jak i wszystkie Umowy dodatkowe zostaną rozwiązane. Rozwiązanie niniejszej Umowy dodatkowej oznacza, że Ubezpieczony nie będzie miał zapewnionej ochrony na wypadek Poważnego zachorowania.

Warianty umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch poniższych wariantów (opcji):

- z indeksacją składek z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych o wskaźnik indeksacji równy 2,5% rocznie podczas przejścia ich opłacania przez Prudential i w konsekwencji ze wzrostem Sum ubezpieczenia z tych umów w tym okresie;
- bez indeksacji składek i wzrostu Sum ubezpieczenia Umowy głównej i Umów dodatkowych.

Wybór wariantu jest dokonywany w momencie zawarcia Umowy dodatkowej i nie może zostać zmieniony w trakcie jej trwania. Wybór wariantu dotyczy czasu, w którym Prudential przejmuje opłacanie składek za Ubezpieczającego. W razie zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie z indeksacją składek indeksacja ta dokonywana jest, o ile nie wyklucza jej treść Umowy głównej (tj. przed końcem Okresu ubezpieczenia, w terminach wskazanych w OWU Umowy głównej).

Rozwiązanie i wygaśnięcie umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa wygasa lub rozwiązuje się z dniem:

- wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego spełnienie Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej;
- wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego spełnienie świadczenia z tytułu innej umowy dodatkowej przejścia opłacania składek;
- przekształcenia Umowy głównej w umowę bezskładkową (nie dotyczy Umowy zawartej do ubezpieczenia KOMFORT ŻYCIA);
- odstąpienia od Umowy dodatkowej lub upływu okresu jej wypowiedzenia;
- rozwiązania Umowy głównej lub jej wygaśnięcia;
- poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia;
- zmiany Ubezpieczającego na inną osobę.

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

Dodatkowo informujemy, że w procesie zawarcia Umowy dodatkowej niektóre czynności dystrybucyjne mogą być wykonywane bezpośrednio przez pracowników Prudential. W związku z tym informujemy, że osoby wykonujące czynności dystrybucyjne w Prudential otrzymują wynagrodzenie stałe, wypłacane na podstawie umowy o pracę, z możliwością otrzymania premii uznaniowej.

Informacje o sposobie złożenia reklamacji i skargi oraz trybie ich rozpatrywania, a także o pozasądowym rozstrzygnięciu sporów znajdują się w OWU.

Tabela informacyjna do postanowień umowy (WOSI/2/2022)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z WZORCA UMOWNEGO
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania: § 3 ust. 2 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 6, § 9, Załącznik nr 1 – Lista Poważnych zachorowań; • Wartość wykupu: nie dotyczy.
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 10 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 6 oraz z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w OWU Umowy głównej, § 11 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 6; Poszczególne definicje Poważnych zachorowań, zamieszczone w załączniku nr 1 do OWUD, zawierają ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Prudential.</p>

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dodatkowego (WOSI/2/2022)

§ 1. Postanowienia wstępne

Niniejsze Ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania stosuje się do dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawieranych z Prudential, które wskazane są w Polisie.

§ 2. Definicje

1. Określenia użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia dodatkowego oznaczają:
 - 1) **Choroba** – zaburzenie strukturalne lub funkcjonalne organizmu niezwiązane z Nieszczęśliwym wypadkiem, powodujące wystąpienie specyficznych objawów, sklasyfikowane w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta” i zdiagnozowane przez lekarza w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, nagłą i niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) **Okres ubezpieczenia** – wskazany w Polisie czas, przez jaki Prudential udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 4) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania;
 - 5) **Polisa** – wydany Ubezpieczającemu dokument, potwierdzający zawarcie Umowy dodatkowej;
 - 6) **Poważne zachorowanie** – zdarzenie wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD, które zostało zdiagnozowane lub wystąpiło, w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, w Okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i jest wynikiem Choroby albo Nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) **Składka** – kwota wpłacana przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy dodatkowej w wysokości i terminach ustalonych przez strony, na rachunek bankowy wskazany przez Prudential;
 - 8) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – przejęcie przez Prudential opłacania składek w przypadkach określonych w OWUD;
 - 9) **Trwały ubytek neurologiczny** – obiektywne objawy uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego o trwałym charakterze, potwierdzone badaniem klinicznym przeprowadzonym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zmian stwierdzanych w badaniach obrazowych bez współistniejących obiektywnych objawów neurologicznych, idiopatycznych objawów występujących bez uchwytnych zmian w układzie nerwowym lub zaburzeń psychicznych;

10) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła z Prudential Umowę główną oraz Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składki;

11) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej nie ukończył 61. roku życia. Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczonym w Umowie głównej, chyba że ubezpieczonym w Umowie głównej jest inna osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy głównej nie ukończyła 16. roku życia;

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

13) **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie zawierana z Prudential, której uzupełnienie stanowi niniejsza Umowa dodatkowa.

2. Jeżeli OWUD nie stanowią inaczej, określenia zdefiniowane w OWUD Umowy głównej używane są w OWUD w tym samym znaczeniu.

§ 3. Przedmiot i zakres Umowy dodatkowej

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje Poważne zachorowanie wskazane i zdefiniowane w załączniku nr 1 do OWUD.

§ 4. Zawarcie Umowy dodatkowej

1. Do zawarcia Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia OWUD Umowy głównej dotyczące zawarcia Umowy głównej, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta:
 - 1) jednocześnie z Umową główną na okres 5 lat lub
 - 2) w trakcie trwania Umowy głównej na okres nie krótszy niż 4 lata i 1 miesiąc oraz nie dłuższy niż 5 lat,przy czym koniec Okresu ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej musi przypadać w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej, ale nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej przypadającą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Przy zawieraniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający deklaruje wolę kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na okres dłuższy niż wskazany w ust. 2. Deklarowany okres jest równy okresowi ubezpieczenia Umowy głównej, z zastrzeżeniem maksymalnego Okresu ubezpieczenia Umowy dodatkowej. W ramach deklarowanego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej Prudential zaproponuje kontynuację Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego na kolejny okres, każdorazowo nie dłuższy niż 5 lat. Kontynuacja Umowy dodatkowej, w ramach deklarowanego przez Ubezpieczającego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej, będzie miała miejsce na kolejny Okres ubezpieczenia bez ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz przy zachowaniu wszelkich wa-

runków Umowy dodatkowej obowiązujących w ostatnim dniu upływającego Okresu ubezpieczenia, na podstawie propozycji złożonej Ubezpieczającemu przez Prudential. Propozycję taką Prudential może złożyć Ubezpieczającemu najpóźniej 30 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający nie zrezygnuje z kontynuacji Umowy dodatkowej najpóźniej 7 dni przed rozpoczęciem okresu, na jaki ma ona zostać przedłużona, Umowa dodatkowa jest kontynuowana zgodnie z przedstawioną propozycją. Ubezpieczający ma prawo rozwiązać Umowę dodatkową w każdej chwili, zgodnie z postanowieniami § 6.

§ 5. Warianty Umowy dodatkowej

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów (opcji):
 - z indeksacją składek należnych z tytułu Umowy głównej i umów dodatkowych o wskaźnik indeksacji równy 2,5% rocznie podczas przejścia ich opłacania przez Prudential, oraz w konsekwencji ze wzrostem sum ubezpieczenia z tych umów w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - bez indeksacji składek i wzrostu sum ubezpieczenia Umowy głównej i umów dodatkowych podczas przejścia przez Prudential opłacania składki.
- Wybór wariantu jest dokonywany w momencie zawarcia Umowy dodatkowej i nie może zostać zmieniony w trakcie jej trwania.
- W razie zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie z indeksacją składek należnych w okresie przejścia ich opłacania przez Prudential indeksacja ta dokonywana jest, o ile nie wykluczają jej postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące indeksacji składek należnych w okresie opłacania ich przez Ubezpieczającego.

§ 6. Rozwiązanie i wygaśnięcie Umowy dodatkowej

- Do rozwiązania Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące rozwiązania i wygaśnięcia Umowy głównej, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Umowa dodatkowa wygasa lub rozwiązuje się również z dniem:
 - przekształcenia Umowy głównej w umowę bezskładkową, o ile Umowa główna przewiduje taką możliwość;
 - poprzedzającym najbliższą rocznicę Umowy głównej po ukończeniu przez Ubezpiezonego 65. roku życia;
 - wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego spełnienie Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej;
 - wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego spełnienie świadczenia z tytułu innej umowy dodatkowej przejścia opłacania składek;
 - przelewu praw i obowiązków wynikających z Umowy głównej i umów dodatkowych na inną osobę (zmiana Ubezpieczającego).

§ 7. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

- Wysokość Składki należnej z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana na podstawie:
 - wariantu Umowy dodatkowej;
 - deklarowanego przez Ubezpieczającego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na podstawie OWUD;
 - wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego w Umowie dodatkowej;

- wieku Ubezpiezonego w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej;
 - częstotliwości opłacania Składek;
 - wysokości składek z tytułu Umowy głównej i pozostałych umów dodatkowych (bez umów dotyczących przejścia opłacania składek) oraz deklarowanego czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej z tych umów.
- Do opłacania, skutków nieopłacania i zwrotu Składki mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące składek należnej z tytułu Umowy głównej.
 - Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej wskazana jest w Polisie.

§ 8. Zmiana Składki z tytułu Umowy dodatkowej

Składki należne z tytułu Umowy dodatkowej, w okresie ich opłacania przez Ubezpieczającego, ulegają zmianie w wyniku indeksacji lub waloryzacji, podwyższenia, obniżenia lub zmiany częstotliwości opłacania składek należnych z tytułu Umowy głównej i innych umów dodatkowych, z wyjątkiem zmian składek z tytułu pozostałych umów dotyczących przejścia opłacania składek.

§ 9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej

- W razie uznania roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpiezonego Prudential spełni Świadczenie ubezpieczeniowe poprzez przejście opłacania składek z tytułu Umowy głównej i pozostałych umów dodatkowych, poza umowami dotyczącymi przejścia opłacania składek, w wysokości należnej od następnego dnia przypadającego po zdiagnozowaniu lub wystąpieniu Poważnego zachorowania. Prudential przejmie opłacanie składek od następnego dnia przypadającego po zdiagnozowaniu lub wystąpieniu Poważnego zachorowania do końca trwania odpowiednio Umowy głównej lub umów dodatkowych.
- Do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy dodatkowej mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpiezonego, z wyłączeniem postanowień dotyczących Uposażonego oraz z zastrzeżeniem że Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej polega na przejściu opłacania składek na zasadach określonych w ust. 1.
- Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpiezonego. W takim przypadku spadkobierca Ubezpiezonego jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
- Prudential ma prawo skierować Ubezpiezonego na badania lekarskie lub diagnostyczne w celu oceny zasadności zgłoszonego roszczenia. Koszty badań pokrywa Prudential.

§ 10. Wyłączenia odpowiedzialności Prudential

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie spełnione, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpiezonego jest skutkiem lub nastąpiło w związku z:

- próbą samobójczą lub umyślnym samookaleczeniem Ubezpiezonego;
- czynnym udziałem Ubezpiezonego w: Aktach przemocy, wojnie, działaniach zbrojnych, operacjach o charakterze wojskowym, misjach pokojowych, misjach stabilizacyjnych, zamieszkach lub Aktach terroru;
- popętnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpiezonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

§ 11. Podanie nieprawdy przy zawieraniu Umowy dodatkowej

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie spełnione, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które Prudential pytał we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej lub w innych pismach przy zawieraniu Umowy dodatkowej i które zostały podane niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.
2. Jeżeli do naruszenia powyższych obowiązków Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z wiedzą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawicieli.
3. Wyłączenie odpowiedzialności Prudential, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie Ubezpieczonego ma miejsce po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej.

§ 12. Reklamacje, skargi i zażalenia

Do reklamacji, skarg i zażaleń wynikających z Umowy dodatkowej mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy głównej dotyczące reklamacji, skarg i zażaleń.

§ 13. Treść Umowy dodatkowej

Treść Umowy dodatkowej określają Polisa oraz OWUD, a w zakresie w nich nieuregulowanym postanowienia Umowy głównej.

§ 14. Załącznik do OWUD

Załącznikiem do OWUD, stanowiącym ich integralną część, jest załącznik nr 1 – Lista Poważnych zachorowań.



Anna Messerli
Zastępca Dyrektora Oddziału

Jarosław Bartkiewicz
Dyrektor Oddziału

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków kompleksowego ubezpieczenia dodatkowego przejścia opłacania składek na wypadek poważnego zachorowania (WOSI/2/2022)

Lista poważnych zachorowań

1. Śpiączka z Trwałym ubytkiem neurologicznym

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

2. Schyłkowa niewydolność nerek

Schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

3. Schyłkowa niewydolność wątroby

Schyłkowa postać niewydolności wątroby wskutek marskości narządu powodująca wystąpienie wszystkich następujących objawów:

- trwałej żółtaczki;
- wodobrzusza;
- encefalopatii wątrobowej;

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki niewydolności wątroby powstałej wskutek alkoholowej choroby wątroby potwierdzonej dokumentacją medyczną, używania narkotyków lub leków niezgodnie z zaleceniem lekarza.

4. Przeszczep narządów

Przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych ludzkich narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych ludzkich narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek.

5. Zaawansowana niewydolność oddechowa spowodowana przewlekłą chorobą płuc

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

- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach;
- konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię;
- ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO_2) poniżej 55 mmHg;
- duszność spoczynkowa;

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

6. Ciężka sepsa, włączając przypadki wstrząsu septycznego

Zagrażająca życiu dysfunkcja narządów spowodowana niewłaściwą (rozregulowaną) reakcją ustroju na zakażenia.

Dysfunkcja narządów musi zostać potwierdzona wystąpieniem co najmniej dwóch z następujących objawów pojawiających się wskutek zakażenia u osoby, u której objawy te wcześniej nie występowały:

- obniżenie stosunku tętniczej prężności tlenu do odsetka tlenu we wdychanej mieszance gazów ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) do wartości < 400 mmHg (< 53.3 kPa);
- obniżenie liczby płytek krwi do wartości $< 150\,000/\mu\text{L}$;
- zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy do wartości > 1.2 mg/dL (> 20 $\mu\text{mol/L}$);
- obniżenie wartości średniego ciśnienia tętniczego (mean arterial pressure) do wartości < 70 mmHg lub konieczność stosowania leków wzopresyjnych;
- zaburzenia stanu świadomości oceniane na podstawie skali Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS) ≤ 14 pkt;
- zwiększenie stężenia kreatyniny w surowicy > 1.2 mg/dL (110 $\mu\text{mol/L}$);

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie.

7. Choroba w schyłkowym okresie

Zaawansowana lub szybko postępująca nieuleczalna choroba, która według opinii prowadzącego lekarza specjalisty doprowadzi do zgonu w okresie najbliższych dwunastu miesięcy.

8. Stwardnienie rozsiane

Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald (Revised McDonald Criteria).

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

9. Choroba Creutzfeldta-Jakoba

Klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Creutzfeldta-Jakoba postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę, przy współistnieniu Trwałego ubytku neurologicznego, z utrzymującymi się symptomami klinicznymi, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

10. Choroba Alzheimer

Klinicznie pewne i ostateczne rozpoznanie choroby Alzheimer postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o bezwzględne stwierdzenie istnienia trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywania, rozumowania, rozwiązywania problemów).

11. Ołępienie przedstarcze

Ostateczne rozpoznanie ołępienia przedstarczego potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o postępujące zaburzenia poznawcze oraz utratę zdolności do zapamiętywania, postrzegania i rozumowania, prowadzące do ograniczenia zdolności umysłowych i funkcjonowania w społeczeństwie, wymagające stałej opieki nad chorym.

12. Zapalenie mózgu powodujące Trwały ubytek neurologiczny

Zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu powodujące powstanie Trwałego ubytku neurologicznego, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

13. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące Trwały ubytek neurologiczny

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące powstanie Trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez odpowiedniego lekarza specjalistę, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zapalenie opon mózgowych o innej etiologii (w tym wirusowej) nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

14. Choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe upośledzenie funkcji motorycznych

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

15. Dystrofia mięśniowa

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

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

16. Choroba Parkinsona

Ostateczne rozpoznanie choroby Parkinsona, stwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę w oparciu o istnienie Trwałych ubytków neurologicznych, powodujących zaburzenia funkcji motorycznych, takich jak drżenie, sztywność kończyn i tułowia oraz niestabilność postawy. Z zakresu wyłączone jest choroba Parkinsona spowodowana chorobą alkoholową potwierdzoną dokumentacją medyczną, używaniem narkotyków lub leków niezgodnie z zaleceniem lekarza.

17. Postępujące porażenie nadjądrowe

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

18. Guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek

Jednoznaczne rozpoznanie guzkowego zapalenia tętnic postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę na podstawie kryteriów diagnostycznych American College of Rheumatology (ACR Criteria for the Classification of Polyarteritis Nodosa). Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem biopsji i choroba musi przebiegać z zajęciem nerek. Ubezpieczenie nie obejmuje postaci skórnej.

19. Wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu

Rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby, której rozpoznanie zostało oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu łącznie wszystkich poniższych kryteriów:

- szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG;
- szybko wzrastająca aktywność transaminaz;
- szybko narastająca żółtaczka;
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby);

pod warunkiem przeżycia 21 dni od wystąpienia wszystkich ww. kryteriów.

20. Choroba Leśniowskiego-Crohna powodująca konieczność resekcji jelita

Choroba Leśniowskiego-Crohna, w przebiegu której doszło do powstania zwężenia jelita powodującego jego niedrożność lub przetoki między pętlami jelita, co spowodowało przeprowadzenie resekcji jelita, po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu. Rozpoznanie choroby musi zostać postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę i potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

21. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu

Zdiagnozowane po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu pod warunkiem przeprowadzenia operacji polegającej na usunięciu całego jelita grubego (okrężnicy) i przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

22. Toczeń rumieniowaty układowy

Klinicznie pewne rozpoznanie tocznia rumieniowatego układowego postawione przez odpowiedniego lekarza specjalistę na podstawie międzynarodowych kryteriów diagnostycznych przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Za międzynarodowe kryteria diagnostyczne uznaje się „American College of Rheumatology revised criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus”.

23. Reumatoidalne zapalenie stawów powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji

Uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją stawów z co najmniej trzech grup:

- stawy międzypaliczkowe rąk;
- stawy nadgarstkowe;
- stawy łokciowe;
- stawy kręgosłupa szyjnego;
- stawy kolanowe;
- stawy stóp.

Definicja obejmuje wyłącznie przypadki powodujące niezdolność do samodzielnej egzystencji wyrażającą się trwałą utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech z wymienionych podstawowych czynności życiowych:

- ubieranie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) ubierania i rozbierania się;
- poruszanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka lub siadania i wstawania z fotela;

- przemieszczanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczania się z pomieszczenia do pomieszczenia;
- kontrolowanie zwieraczy – trzymanie stolca i moczu umożliwiające pełne utrzymanie higieny osobistej;
- odżywanie się – możliwość samodzielnego (bez pomocy innych osób) przenoszenia pokarmów z talerza do ust;
- higiena osobista – możliwość samodzielnej kąpieli (bez pomocy innych osób).

24. Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji lub przeszczepu

Zakażenie HIV, które zostało spowodowane:

- przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy dodatkowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 180 dni od daty przetoczenia, lub
- przeszczepieniem Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia zabiegu.

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

Zakażenie HIV, będące wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, strażaka, policjanta, technika laboratoryjnego zatrudnionego w placówce medycznej oraz pracownika służby więziennej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto muszą być spełnione poniższe kryteria potwierdzone dokumentacją medyczną:

- Ubezpieczony zgłosił w miejscu pracy zdarzenie, które może być przyczyną zakażenia;
- testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu zdarzenia;
- serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV jest udokumentowana wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia zdarzenia.

26. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego dużego stopnia

Rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych symptomów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe z medycznego punktu widzenia objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
- jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,

- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym.

Z zakresu wyłączone są inne ostre zespoły wieńcowe.

Zawał serca musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować trwałe upośledzenie funkcji lewej komory serca wyrażające się obniżeniem frakcji wyrzutu do wartości poniżej 36%, określonej badaniem echokardiograficznym (lub inną adekwatną metodą) wykonanym w terminie nie wcześniejszym niż po upływie miesiąca od dokonania się zawału, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

27. Zawał serca powodujący trwałe upośledzenie funkcji mięśnia sercowego średniego stopnia

Rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych symptomów niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe z medycznego punktu widzenia objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
- nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
- obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym.

Z zakresu wyłączone są inne ostre zespoły wieńcowe.

Zawał serca musi być rozpoznany w oparciu o wszystkie wyżej wymienione kryteria i powodować trwałe upośledzenie funkcji lewej komory serca wyrażające się obniżeniem frakcji wyrzutu do wartości między 36% i 55%, określonej badaniem echokardiograficznym (lub inną adekwatną metodą) wykonanym w terminie nie wcześniejszym niż po upływie miesiąca od dokonania się zawału, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

28. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)

Operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Zakres nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

29. Operacja zastawek serca

Przeprowadzona nie wcześniej niż po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca wykonywana przez torakotomię (otwarcie klatki piersiowej), przeprowadzona na skutek ich uszkodzenia, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Wyłączone są operacje przy użyciu jedynie technik śródnaczyniowych. Ubezpieczenie nie obejmuje procedur wykonywanych z dostępu przez tętnicę obwodową.

30. Operacja aorty

Przeprowadzenie operacji chirurgicznej z powodu Choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, polegającej na wycięciu fragmentu aorty piersiowej lub brzusznej i zastąpieniu go przeszczepem naczyniowym, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia tej operacji. Operacja z powodu Choroby musi być przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej. Definicja nie obejmuje innych zabiegów dotyczących aorty wykonywanych bez otwarcia klatki piersiowej lub brzucha.

31. Kardiomiopatia przebiegająca z niewydolnością krążenia
Dysfunkcja serca (ograniczenie funkcji lewej lub prawej komory) spowodowana pierwotną chorobą mięśnia sercowego, powodująca niewydolność serca odpowiadającą trzeciej (III) lub czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA) oraz trwałe ograniczenie frakcji wyrzutowej poniżej 40%, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Rozpoznanie kardiomiopatii musi być potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę. Ubezpieczenie obejmuje przypadki kardiomiopatii rozstrzeniowej, przerostowej i restrykcyjnej. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki kardiomiopatii alkoholowej.

32. Operacja na otwartym sercu

Przeprowadzona nie wcześniej niż po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej operacja kardiochirurgiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej, wykonana na zalecenie odpowiedniego lekarza specjalisty, w celu leczenia jakichkolwiek chorób serca, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

33. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne dużego stopnia

Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających wedle wiedzy medycznej udarowi mózgu;
- obecność nowych obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 60 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu, o ile Ubezpieczony przeżyje do końca tego okresu;
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
- wtórny krwotok do istniejącego ogniska poudarowego;
- jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

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

34. Udar mózgu powodujący Trwałe ubytki neurologiczne średniego stopnia

Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających wedle wiedzy medycznej udarowi mózgu;
- obecność nowych obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 60 dni od dnia rozpoznania udaru mózgu, o ile Ubezpieczony przeżyje do końca tego okresu;
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
- wtórny krwotok do istniejącego ogniska poudarowego;
- jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

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

35. Pierwotne nadciśnienie płucne z powiększeniem prawej komory serca

Pierwotne nadciśnienie płucne z towarzyszącym powiększeniem prawej komory serca potwierdzone wynikami bezpośrednich pomiarów ciśnień i przepływów krwi w trakcie cewnikowania tętnicy płucnej, powodujące trwałe objawy odpowiadające trzeciej (III) lub czwartej (IV) klasie wg klasyfikacji New York Heart Association (NYHA) lub niewydolność krążenia, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

36. Operacja tętnicy płucnej

Operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji.

37. Anemia aplastyczna

Trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
- podawanie preparatów stymulujących szpik;
- podawanie preparatów immunosupresyjnych;
- przeszczepienie szpiku kostnego,

pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę.

38. Łagodny nowotwór mózgu wymagający leczenia operacyjnego lub powodujący Trwały ubytek neurologiczny

Zdiagnozowany po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej niezłośliwy nowotwór mózgu, nerwów czaszkowych lub opon mózgowo-rdzeniowych o lokalizacji wewnątrzczaszkowej, który został usunięty neurochirurgicznie lub w przypadku braku możliwości leczenia chirurgicznego, powodujący Trwały ubytek neurologiczny, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia diagnozy. Ubezpieczenie nie obejmuje guzów przysadki mózgowej oraz naczynek.

39. Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym

Rozpoznanie po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nowotworu złośliwego potwierdzone badaniem histopatologicznym. Definicja obejmuje również chłoniaka złośliwego i białaczki.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ, melanoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
- rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2bNOM0;
- rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOM0;
- rak podstawnokomórkowy lub kolczystokomórkowy skóry, włókniakomięsak guzowaty (dermatofibrosarcoma protuberans) skóry;
- jakiegokolwiek nowotwory złośliwe rozpoznane wyłącznie na podstawie wykrycia obecności komórek nowotworowych lub ich fragmentów we krwi, ślinie, kale, moczu lub innych wydzielinach, bez współistniejących i dających się zweryfikować objawów klinicznych.

40. Pneumonektomia

Operacja polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z Choroby, przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji polegających na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu).

41. Operacja mózgu

Operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, przeprowadzona po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, pod warunkiem przeżycia 21 dni od dnia operacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są operacje mózgu wykonywane na skutek Nieszczęśliwego wypadku.



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@prudential.pl, www.pru.pl