

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania
(PZ/J/5/2022)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3-6 § 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1-2



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
(PZ/J/5/2022)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na podstawie:

- 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,
- 2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,
- 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

**§ 1.
DEFINICJE**

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia (umowa dodatkowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie: Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;

- 3) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 4) **główna umowa ubezpieczenia (umowa główna)** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 6) **poważne zachorowanie** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, które wystąpiły:
 - a) w czasie ochrony ubezpieczeniowej i nie wcześniej niż po upływie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego
 - albo
 - b) w czasie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, o ile poważne zachorowanie było następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony;
- 7) **rocznica umowy głównej** – dzień w roku kalendarzowym opatrzony taką samą datą dzienną i miesiącem kalendarzowym, co dzień rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, a jeżeli dniem rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia był dzień 29 lutego, to wtedy ostatni dzień tego miesiąca;
- 8) **trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:

- a) kąpiel – rozumianą jako zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się – rozumiane jako zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - c) przemieszczanie się – rozumiane jako zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - d) korzystanie z toalety – rozumiane jako zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
 - e) odżywianie się – rozumiane jako zdolność do spożycia posiłku;
- 9) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;
- 10) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 11) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmaggeddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochroniarstwo, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybnictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 12) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – poważne zachorowanie ubezpieczonego.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym, są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, o ile ubezpieczony przeżył okres wskazany poniżej dla tego poważnego zachorowania, licząc od dnia jego wystąpienia.
 - 1) 30 (trzydzieści) dni w przypadku: ciężkiej sepsy (posocznicy), niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku), nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, operacji mózgu, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, pourazowego uszkodzenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, przeszczepu narządów, ropnia mózgu skutkującego drenażem przez kraniotomię, rozległego oparzenia, śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne, udaru mózgu powodującego

trwałe ubytki neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych, usunięcia płuca (pneumonektomii);

- 2) 14 (czternaście) dni w przypadku: amputacji kończyn, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdza, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, operacji aorty, operacji tętnicy płucnej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, zawału serca.

Zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania dotyczy również przypadku, gdy ubezpieczony zmarł w okresie wskazanym powyżej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który nie był przyczyną wystąpienia tego poważnego zachorowania.

3. Ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w ust.2, polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty:

- 1) jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania niebędącego udarem mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych ani nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, z zastrzeżeniem § 9 ust. 2 pkt 2,
- 2) jednego w ramach pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania będącego udarem mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych.

4. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania będącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania nie zostanie wypłacone, jeżeli w okresie 12 (dwunastu) miesięcy poprzedzających jego wystąpienie u ubezpieczonego wystąpił inny nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, tytułem którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w ramach pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

5. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania będącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania nie zostanie wypłacone, jeżeli jest to nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania tego samego pochodzenia tkankowego lub narządowego lub o tym samym umiejscowieniu, co inny nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, tytułem którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w ramach pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia. Nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania o tym samym umiejscowieniu jest nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, który dotyczy tego samego narządu lub organu lub który dotyczy drugiego takiego samego narządu lub organu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

6. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poniższych poważnych zachorowań nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie wystąpiło w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia i jednocześnie przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej umowy u ubezpieczonego zdiagnozowano:

- 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne oraz udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych,
- 2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca,
- 3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),

przy czym powyższe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie dotyczącym nadciśnienia tętniczego krwi może zostać zniesione po przedstawieniu – przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia – kompletnej dokumentacji medycznej z leczenia u ubezpieczonego nadciśnienia tętniczego krwi.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej naduży-

- waniem przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
- 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia ubezpieczonego HIV;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 3. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni poinformować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, o ile okoliczności te zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania powyższych informacji skutkujących zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w zależności od ich wpływu na to prawdopodobieństwo:
 - 1) zaproponuje ubezpieczającemu zmianę wysokości regularnej składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym zmiana wysokości składki będzie miała zastosowanie nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania informacji przez Towarzystwo
 albo
 - 2) zdecyduje, iż w ofertach zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia uwzględni ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego
 albo
 - 3) zdecyduje o zaprzestaniu składania ubezpieczającemu ofert zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być osoby ubezpieczone w ramach umowy głównej.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.
 - 1) Ubezpieczający składa ofertę zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.

- 2) Częścią integralną oferty ubezpieczającego zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest propozycja zmiany głównej umowy ubezpieczenia zgodnie z aneksem zamieszczonym w formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Do zmiany głównej umowy ubezpieczenia dochodzi z chwilą zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zgodnie z pkt 5 i 6.
 - 3) Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
 - 4) Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający i ubezpieczony powinni złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności ubezpieczony powinien złożyć pisemne oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia i stylu życia.
 - 5) Dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty.
 - 6) W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferta). Złożenie kontrofertry następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu – wraz z dokumentem ubezpieczenia, o którym mowa w pkt 5 – informacji o postanowieniach dodatkowej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontrofertra Towarzystwa została przyjęta, a dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
 - 7) Postanowienia pkt 6 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń/upoważnień/deklaracji, zawiera zapisy zmieniające treść formularza wniosku ubezpieczeniowego lub postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub w inny sposób nie spełnia wymagań w nich określonych.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - 1) Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 72 (siedemdziesiąt dwa) lata.
 - 2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Składki.
 - 4) Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający zgłosi sprzeciw przynajmniej 14 (czternaście) dni przed rozpoczęciem tego okresu ubezpieczenia. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego odpowiednio: pierwszą albo drugą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej

umowy ubezpieczenia w ten sposób, aby okres ubezpieczenia był dłuższy niż 6 (sześć) miesięcy i jednocześnie nie dłuższy niż 18 (osiemnaście) miesięcy.

3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku począwszy od dnia następnego po zakończeniu poprzedniej umowy dodatkowej, aż do dnia poprzedzającego odpowiednią następną rocznicę umowy głównej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania wynosi:
 - 1) 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia – w przypadku nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 i 5,
 - 2) 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia – w przypadku udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych, z zastrzeżeniem § 2 ust. 3 pkt 2;
 - 3) 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia – w przypadku pozostałych poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem § 2 ust. 3 pkt 1 oraz zdania następnego. Jeżeli na skutek udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych, po trzech miesiącach od jego wystąpienia zostają stwierdzone nowe trwałe ubytki neurologiczne, co oznacza, że są spełnione warunki wskazane w definicji udaru powodującego trwałe ubytki neurologiczne, wtedy świadczenie ubezpieczeniowe w razie takiego poważnego zachorowania wynosi:
 - a) 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia – gdy nie zostało wypłacone świadczenie w razie udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych albo
 - b) 90 proc. (dziewięćdziesiąt procent) sumy ubezpieczenia – gdy zostało wypłacone świadczenie w razie udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych; w takim przypadku świadczenie ubezpieczeniowe w razie udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych uznaje się za część świadczenia ubezpieczeniowego w razie udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
3. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zapropnuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia wraz z wysokością składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej ustaloną zgodnie z § 7 ust. 1, przy czym procentowy wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy proponowanemu wskaźnikowi indeksacji sumy ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia nie podlega podwyższeniu z tytułu dodatkowej umowy Gwarantowanego Podwyższenia Sumy Ubezpieczenia – zgodnie z warunkami ogólnymi tej umowy – stanowiącej rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - 2) Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust.3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna jednocześnie ze składką należną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności tej ostatniej składki.

3. Pierwsza składka ubezpieczeniowa należna z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna wraz ze złożeniem oferty zawarcia tej umowy.
4. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę ubezpieczeniową – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5. Skutki nieopłacenia składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia jej po upływie tego terminu regulują § 4 ust. 3 pkt 2 oraz aneks do głównej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 2.
6. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczenia Składki.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania.
2. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest:
 - 1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty, operacji mózgu, operacji tętnicy płucnej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), ropnia mózgu wymagającego drenażu przez kraniotomię, usunięcia płuca (pneumonektomii), zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie,
 - 2) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej resekcją jelita, nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem,
 - 3) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwrakowego leczenia szpitalnego ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy leczonej szpitalnie,
 - 4) dzień zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów,
 - 5) ostatni dzień 6-miesięcznego okresu, wskazany w definicji poważnego zachorowania - w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy,
 - 6) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją poważnego zachorowania – w przypadku pozostałych poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli na skutek udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych, po trzech miesiącach od jego wystąpienia zostają stwierdzone nowe trwałe ubytki neurologiczne, co oznacza, że są spełnione warunki wskazane w definicji udaru powodującego trwałe ubytki neurologiczne, wtedy za dzień wystąpienia takiego poważnego zachorowania uznaje się dzień wystąpienia udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych.
3. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Dokumentację potwierdzającą zdarzenie ubezpieczeniowe stanowi dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania, rozpoznania i leczenia poważnego zachorowania, w tym: historia choroby, karty wypisu ze szpitala, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 7, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 9.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W razie odstąpienia od umowy ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i jednocześnie Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
- 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, przy czym za miesiąc ubezpieczenia uznaje się bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się w dniu rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną (jeżeli dniem rejestracji wniosku jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego),

- 2) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania, tytułem którego zostało wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe łącznie w wysokości 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia,
- 3) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej,
- 4) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,
- 6) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, której zapłacenie nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia Składki,
- 7) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3 pkt 4.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla dodatkowej umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sędem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.
3. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.allianz.pl.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 11.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część, jest Tabela Poważnych Zachorowań.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i weszły w życie 1 czerwca 2022 r.

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

1	amputacja kończyn – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej
2	bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu. Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie: a) trwałych ubytków neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania
3	całkowita i nieodwracalna utrata mowy – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku choroby lub urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Poważne zachorowanie stwierdza laryngolog lub neurolog, gdy całkowita utrata funkcji mowy utrzymuje się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi
4	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Poważne zachorowanie stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)
5	całkowita i nieodwracalna utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach, którą spowodowała choroba lub uraz w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Poważne zachorowanie stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym
6	choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS)

7	<p>choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastej tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu a tym samym – do stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG i badań obrazowych</p>
8	<p>choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego).</p> <p>Rozpoznanie poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego</p>
9	<p>choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie:</p> <ol style="list-style-type: none"> standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz trwałych ubytków neurologicznych, które doprowadziły do zaburzeń motoryki i które utrzymują się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące
10	<p>choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie trwałych ubytków neurologicznych.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje zespołu Parkinsona, który został wywołany przez czynniki toksyczne</p>
11	<p>ciężka sepsa (posocznica) – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz:</p> <ol style="list-style-type: none"> jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i została rozpoznana w czasie pobytu w szpitalu i spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu. <p>Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu sepsy, które spełniają kryteria wstrząsu septycznego wg Sepsis-3, również stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu tej definicji.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)</p>
12	<p>dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – pierwotna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie:</p> <ol style="list-style-type: none"> standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi</p>
13	<p>gruźlica leczona szpitalnie – zakażenie prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuca i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia poważnego zachorowania są:</p> <ol style="list-style-type: none"> objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, bezbójawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej
14	<p>infekcyjne zapalenie wsierdza – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echenogenicznych tworów, które składają się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w 2 różnych posiewach.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje infekcyjnego zapalenia wsierdza u osób, które przebyły operację zastawek serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdza</p>
15	<p>łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe ubytki neurologiczne przez co najmniej 3 miesiące. Napady padaczkowe nie oznaczają trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu tej definicji.</p> <p>Guza stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych, krwawiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego</p>
16	<p>niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:</p> <ol style="list-style-type: none"> całkowita liczba granulocytów poniżej $500/\text{mm}^3$, liczba płytek krwi poniżej $20\,000/\text{mm}^3$, liczba retykulocytów poniżej $20\,000/\text{mm}^3$. <p>Ponadto ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, otrzymywać leczenie immunosupresyjne, poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej</p>

17	<p>nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym.</p> <p>Rozpoznanie poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych), nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa, nowotworów gruczołu krokowego: <ul style="list-style-type: none"> w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne), chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p>
18	<p>nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych.</p> <p>Rozpoznanie poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>Do nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania zalicza się wyłącznie następujące zmiany chorobowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> rak przedinwazyjny - carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne, czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM lub których stopień zaawansowania w klasyfikacji TNM nie został określony, a których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi mniej niż 7, raki brodawkowe lub pęcherzykowe tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> dysplazji, zmian przedrakowych innych niż wymienione powyżej, nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, guzów granicznych jajnika, chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p>
19	<p>operacja aorty – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na:</p> <ol style="list-style-type: none"> usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> operacji, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórnych operacji naprawczych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, operacyjnego leczenia zastawek aorty
20	<p>operacja mózgu – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga</p>
21	<p>operacja tętnicy płucnej – operacja chirurgiczna z wykonaniem sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka), która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga</p>
22	<p>operacja zastawek serca – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych</p>
23	<p>pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczępienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe</p>
24	<p>porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały nieszczęśliwy wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące.</p> <p>Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje stwierdzenia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych)</p>

25	<p>postępujące porażenie nadjądrowe – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia ubezpieczonego.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza ostatecznie neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy</p>
26	<p>pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych oraz trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> uszkodzenia rdzenia kręgowego, zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle
27	<p>przeszczep narządów – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego poważnym zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Poważnym zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> przeszczepu innego narządu niż wymienione, przeszczepu wysp trzustkowych ani przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem
28	<p>ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej, które doprowadziło do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Zakażenie to skutkowało operacyjnym otwarciem czaszki przez neurochirurga w celu usunięcia ropnia. Rozpoznanie poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone wynikami tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI)</p>
29	<p>rozległe oparzenie – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie poważnego zachorowania musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi</p>
30	<p>schyłkowa niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza nefrolog.</p> <p>Poważnym zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii</p>
31	<p>schyłkowa niewydolność oddechowa – schyłkowe stadium choroby płuc, które spowodowało znaczne obniżenie wydolności oddechowej. Poważne zachorowanie stwierdza pulmonolog na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> natężona objętość wydechowa jednonsekundowa (FEV1) utrzymuje się na poziomie poniżej jednego litra w 3 kolejnych badaniach wykonanych w odstępie co najmniej 1 miesiąca, występuje konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg (pO₂ < 55 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej
32	<p>schyłkowa niewydolność wątroby – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby, która przebiega z występowaniem co najmniej dwóch z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej:</p> <ol style="list-style-type: none"> trwała żółtaczka, wodobrzusze niepoddające się leczeniu, encefalopatia wrotna, żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroscopowym). <p>Poważne zachorowanie stwierdza hepatolog lub gastroenterolog podczas pobytu ubezpieczonego w szpitalu.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia:</p> <ul style="list-style-type: none"> leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę
33	<p>stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi. Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonald). Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpoznania tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS)
34	<p>śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin oraz którego skutkiem jest trwały, nierokujący możliwości poprawy ubytek neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej ani śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia:</p> <ul style="list-style-type: none"> leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę

35	<p>tężec leczony szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (<i>Clostridium tetani</i>). Leczenie poważnego zachorowania polega na dożylniej antybiotykoterapii oraz podaniu ubezpieczonemu surowicy przeciw-tężcowej w czasie pobytu ubezpieczonego w szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia poważnego zachorowania jest jeden z następujących objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny), bolesne skurcze mięśni tułowia, łukowate wygięcie ciała (opistotonus). <p>Poważne zachorowanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi</p>
36	<p>toczeń rumieniowaty układowy (SLE) – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia poważnego zachorowania są standardy medyczne obowiązujące w chwili jego rozpoznawania, które obejmują:</p> <ol style="list-style-type: none"> przynajmniej jednokrotne stwierdzenie obecności przeciwciał ANA w mianie $\geq 1:80$ oraz sumę punktów w kryteriach dodatkowych według EULAR/ACR ≥ 10 z obecnością co najmniej jednego objawu z domeny klinicznej. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego</p>
37	<p>twardzina układowa (sklerodermia uogólniona) – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza reumatolog lub dermatolog, na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz na podstawie zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea), eozynofilowego zapalenia powięzi, zespołu CREST
38	<p>udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:</p> <ol style="list-style-type: none"> nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, obecność nowych trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania, obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, wtórny krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu) <p>udar mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania</p>
39	<p>usunięcie płuca (pneumonektomia) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo urazu, który jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)</p>
40	<p>wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku).</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby</p>
41	<p>wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna).</p> <p>Rozpoznanie poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego</p>
42	<p>wścieklizna leczona szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia w warunkach szpitalnych.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia poważnego zachorowania są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny</p>
43	<p>zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:</p> <ol style="list-style-type: none"> przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej umowy dodatkowej, serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, krew lub preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (<i>thalassaemia maior</i>) ani hemofilię. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków</p>

44	<p>zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie – zamknięcie światła tętnicy płucnej materiałem zatorowym, w wyniku którego został wykonany w trybie nagłym zabieg nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej (embolektomii) przy otwartej klatce piersiowej. Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych</p>
45	<p>zawał serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia poważnego zachorowania jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <p>a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,</p> <p>b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,</p> <p>c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie,</p> <p>d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,</p> <p>e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi