DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM I OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKICH CHORÓB

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKICH CHORÓB

Wersja dokumentu z dnia 27 lipca 2020 r.

To jest materiał zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w innych dokumentach, w szczególności w ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkich chorób, kod warunków CCIP51 (OWU). Zanim podejmiesz decyzję o zawarciu umowy, zapoznaj się z OWU.
Zawarcie umowy jest dobrowolne.

INFORMACJA O PRODUKCIE:

- jest materiałem informacyjnym,
- nie jest częścią umowy ubezpieczenia (umowy),
- nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego,
- nie powinna być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA – CO UBEZPIECZAMY?

- Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie naszej ochrony ciężkich chorób.
- Wykaz chorób objętych każdym z dwóch możliwych wariantów ubezpieczenia oraz definicje znajdziesz w OWU.

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU – JAKIE SĄ GŁÓWNE CECHY NASZEGO UBEZPIECZENIA?

- Umowę możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej albo – jeśli już posiadasz umowę podstawową - w dniu najbliższej płatności składki, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.
- Ubezpieczenie możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów:
  - w wariancie STANDARD, który obejmuje 19 ciężkich chorób lub
  - w wariancie PREMIUM, który obejmuje 62 ciężkie choroby.
- W razie wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej choroby w okresie naszej ochrony wypłacimy świadczenie w kwocie równej określonemu w OWU dla danej ciężkiej choroby procentowi sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu jej wystąpienia. Nasza ochrona w zakresie tej choroby wygasa.
- W wariancie STANDARD podzieliliśmy ciężkie choroby na 2 grupy ciężkich chorób, a w wariancie PREMIUM na 5 grup ciężkich chorób.
- Maksymalna wysokość świadczeń na wszystkie ciężkie choroby z jednej grupy ciężkich chorób wynosi 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku wypłaty świadczenia z danej grupy ciężkich chorób w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia, nasza ochrona na wszystkie pozostałe ciężkie choroby z tej grupy wygasa.
- Maksymalna wysokość świadczeń za wszystkie ciężkie choroby z umowy wynosi 200% sumy ubezpieczenia. W przypadku wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia, nasza ochrona z umowy wygasa.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ Z NAMI UMOWĘ, KOGO UBEZPIECZAMY?

- Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym na rachunek ubezpieczonego.
- Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, której wiek polisowy w chwili zawarcia umowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat. Wiek polisowy to wiek liczony nie według daty urodzenia ubezpieczonego, tylko według roku kalendarzowego, w którym ubezpieczony się urodził.
- Możemy odmówić zawarcia umowy, w szczególności z powodu wyników naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego ze stanem zdrowia ubezpieczonego lub wykonywanym zawodem.

JAK DŁUGO TRWA UMOWA?

- Umowę zawieramy na:
  - 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z umową podstawową albo w rocznicę umowy podstawowej,

  albo
  - 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy umowy podstawowej – jeśli umowę zawierasz po zawarciu umowy podstawowej.

GDZIE OBOWIĄZUJE UBEZPIECZENIE?

Ochrona ubezpieczeniowa działa na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.

JAK I KIEDY OPŁACASZ SKŁADKĘ?

- Składkę opłacasz regularnie (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie) wraz ze składką za umowę podstawową, w polskich złotych, na rachunek bankowy, którego numer wskazujemy w polisie.
- Składkę uważamy za opłaconą, jeśli wpłynęła na wskazany przez nas rachunek bankowy.
- Składka zwiększy się, jeśli zdecydujesz się na indeksację lub podwyższenie sumy ubezpieczenia.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56,
kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA?

- Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej.
- Nasza ochrona kończy się w dniu:
  - w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy,
  - w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy,
  - śmierci ubezpieczonego,
  - w którym wyczerpie się maksymalny limit świadczeń,
  - w którym zakończy się okres ubezpieczenia,
  - w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej,
  - w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową,
  - w którym umowa podstawowa zamieni się na ubezpieczenie z jednorazową płatnością składki - jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

GŁÓWNE WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA OCHRONY – CZEGO NIE OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

- Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli wystąpienie ciężkiej choroby było skutkiem znanych ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu okoliczności, których ubezpieczający lub ubezpieczony nie podali do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy przed zawarciem umowy.
- Jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony umyślnie nie podali do naszej wiadomości wszystkich znanych im okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem umowy to, w razie wątpliwości, przyjmuje się, że wystąpienie ciężkiej choroby i jej następstwa są skutkiem tych okoliczności.
- Nie ponosimy odpowiedzialności, jeśli ciężka choroba wystąpiła wskutek stanu nietrzeźwości ubezpieczonego w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, po użyciu przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji.
- Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności jeśli dana choroba nie jest objęta zakresem ubezpieczenia, nie spełnia definicji wskazanych w umowie lub skończyła się nasza odpowiedzialność (np. z powodu nieopłacenia składki).

JAK ROZWIĄZAĆ UMOWĘ?

- Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
  - w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą,
  - w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
- Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, składając nam wypowiedzenie w formie pisemnej.

WYNAGRODZENIE DYSTRYBUTORA

W związku z proponowaną umową dystrybutor otrzymuje wynagrodzenie prowizyjne.

W tabeli znajdziesz postanowienia ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkich chorób, o kodzie warunków CCIP51, które wskazują główne warunki umowy ubezpieczenia.

Informacje te są częścią OWU i wynikają z przepisów prawa (art. 17 ust. 1 „ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej").

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty (realizacji) świadczenia	pkt 1–36 pkt 67–71 pkt 82–88
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	pkt 1–14 pkt 25–41 pkt 45–50 pkt 67–71 pkt 82–88

Informacje o ubezpieczeniu uzyskasz:

WWW **na pzu.pl**

pod numerem infolinii 801 102 102
(opłata zgodna z taryfą operatora)

Zanim zawrzesz umowę, przeczytaj dokładnie OWU.

Znajdziesz w nich szczegółowe informacje, które dotyczą m.in.:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie),
- czasu trwania ubezpieczenia,
- Twoich i naszych praw i obowiązków,
- zasad wypłaty świadczeń z ubezpieczenia.

OGÓLNE WARUNKI
DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK CIĘŻKICH CHORÓB

Kod warunków: CCIP51

Zarząd PZU Życie SA ustalił ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkich chorób uchwałą nr UZ/140/2020 z dnia 23 czerwca 2020 roku, zwane dalej OWU.

OWU wchodzą w życie 27 lipca 2020 roku.

SPIS TREŚCI

SŁOWNICZEK . . . 1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA . . . 2
ZAKRES UBEZPIECZENIA . . . 2
SUMA UBEZPIECZENIA . . . 4
ŚWIADCZENIA Z UMOWY . . . 4
OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA OCHRONY . . . 5
ZAWARCIE UMOWY . . . 5
KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ . . . 5
CZAS TRWANIA UMOWY . . . 5
PONOWNE ZAWARCIE UMOWY . . . 6
ODSTĄPIENIE OD UMOWY . . . 6
WYPOWIEDZENIE UMOWY . . . 6
PRAWA I OBOWIĄZKI . . . 6
SKŁADKA . . . 6
POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY . . . 7
KONIEC NASZEJ OCHRONY . . . 7
INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI . . . 7
WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA . . . 8
REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU . . . 8
POSTANOWIENIA KOŃCOWE . . . 8
ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKICH CHORÓB . . . 9

SŁOWNICZEK
– czyli co oznaczają użyte terminy:

1. W OWU używamy terminów:

1) **ciężka choroba** – choroba, uraz lub operacja chirurgiczna objęte naszą ochroną, określone w pkt. 7 i zdefiniowane w załączniku do tych OWU;
2) **czynnik zewnętrzny** – każdy czynnik, który pochodzi spoza organizmu ubezpieczonego i w danych warunkach może wywołać szkodliwe dla niego skutki;
3) **dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
4) **my/PZU Życie** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
5) **miesiąc umowy** – okres, który rozpoczyna się i kończy w tym samym dniu co miesiąc umowy podstawowej;
6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które:
   a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego oraz
   b) jest wywołane czynnikami zewnętrznymi oraz
   c) jest wyłączną przyczyną zdarzenia, które obejmuje nasza ochrona;
7) **rok umowy** – okres 12 miesięcy umowy, który rozpoczyna się:
   a) od daty zawarcia umowy wraz z umową podstawową, albo
   b) w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, jeśli umowa została zawarta w trakcie trwania umowy podstawowej;
8) **ubezpieczony** – ubezpieczony z umowy podstawowej;
9) **umowa/umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia dodatkowego zawarta między Tobą a PZU Życie na podstawie tych OWU i potwierdzona polisą;
10) **umowa podstawowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę umowę;
11) **pierwsza umowa** – umowa zawarta po raz pierwszy na rzecz danego ubezpieczonego lub zawarta ponownie na rzecz tego samego ubezpieczonego, jeżeli nie zachowano ciągłości naszej ochrony;
12) **kolejna umowa** – umowa zawarta z zachowaniem ciągłości naszej ochrony;
13) **wiek polisowy**:
   a) wiek ubezpieczonego przyjęty dla umowy podstawowej, ustalany na dzień początku ochrony i w każdą kolejną rocznicę umowy podstawowej – w przypadku zawierania umowy wraz z umową podstawową,
   b) wiek ubezpieczonego, ustalany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu ostatniej rocznicy umowy podstawowej a rokiem urodzenia ubezpieczonego (a jeśli nie było jeszcze rocznicy umowy, wiek ubezpieczonego ustalany jest na dzień zawarcia umowy podstawowej) – w przypadku zawierania umowy do istniejącej umowy podstawowej;



PRZYKŁAD

Ubezpieczasz siebie, czyli jesteś ubezpieczającym i ubezpieczonym. Urodziłeś się 1 czerwca 1988 r. i 17 kwietnia 2020 r. zawarłeś z nami umowę podstawową. Zgodnie z powyższą definicją miałeś wtedy 31 lat i tak obliczony wiek będzie obowiązywał do 16 kwietnia 2021 r. W dniu 20 stycznia 2021 r. zawierasz z nami umowę. Twój wiek polisowy to 31 lat; jeśli zawarłbyś umowę w rocznicę lub po rocznicy umowy podstawowej, czyli po 16 kwietnia 2021 roku miałbyś wtedy 32 lata i taki wiek przyjęlibyśmy do obliczenia składki za umowę;

14) **wystąpienie ciężkiej choroby** – zaistnienie w okresie naszej ochrony okoliczności opisanych w załączniku do tych OWU w definicjach poszczególnych ciężkich chorób.

2. Jeżeli te OWU nie stanowią inaczej, określenia, które zdefiniowaliśmy w OWU umowy podstawowej używamy w tych OWU w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
– czyli co ubezpieczamy

3. Ubezpieczamy zdrowie ubezpieczonego.

ZAKRES UBEZPIECZENIA
– czyli za jakie zdarzenia zapłacimy

4. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie naszej ochrony ciężkich chorób wymienionych w pkt. 7.

5. Umowę możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów:
1) w wariancie STANDARD lub
2) w wariancie PREMIUM.

6. Warianty różnią się zakresem ochrony, czyli rodzajami ciężkich chorób, za które ubezpieczony może otrzymać wypłatę świadczenia.

7. Wykaz ciężkich chorób objętych naszą ochroną w poszczególnych wariantach, podział ciężkich chorób na grupy ciężkich chorób oraz wysokość świadczenia za każdą z chorób określamy w poniższej tabeli:

Lp.	Ciężka choroba objęta ochroną	Wariant STANDARD	Wariant PREMIUM	Grupa ciężkich chorób	Wysokość świadczenia – % sumy ubezpieczenia
1	Anemia aplastyczna	✓	✓		100
2	Niezłośliwy guz mózgu	✓	✓		100
3	Nowotwór złośliwy	✓	✓		100
4	Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym	✓	✓		25
5	Przewlekła niewydolność nerek		✓	GRUPA 1	100
6	Samoistne włóknienie płuc		✓		100
7	Schyłkowa niewydolność oddechowa		✓		100
8	Schyłkowa niewydolność wątroby		✓		100
9	Transplantacja		✓		100
10	Ablacja zaburzeń rytmu serca	✓	✓		25
11	Angioplastyka tętnic wieńcowych	✓	✓		25
12	Bakteryjne zapalenie wsierdzia	✓	✓		50
13	Chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej	✓	✓		100
14	Chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej	✓	✓		100
15	Chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca	✓	✓		100
16	Chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca	✓	✓		100
17	Idiopatyczne nadciśnienie płucne	✓	✓		100
18	Kardiomiopatia przerostowa	✓	✓	GRUPA 2	50
19	Kardiomiopatia Takotsubo	✓	✓		50
20	Udar mózgu bez trwałego ubytku neurologicznego	✓	✓		50
21	Udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym	✓	✓		100
22	Utrata kończyny	✓	✓		50
23	Wszczepienie układu stymulującego serce	✓	✓		25
24	Zator tętnicy płucnej	✓	✓		100
25	Zawał serca bez utrwalonych zaburzeń kurczliwości	✓	✓		50
26	Zawał serca z utrwalonymi zaburzeniami kurczliwości	✓	✓		100

Lp.	Ciężka choroba objęta ochroną	Wariant STANDARD	Wariant PREMIUM	Grupa ciężkich chorób	Wysokość świadczenia – % sumy ubezpieczenia
27	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych		✓	GRUPA 3	50
28	Bąblowiec mózgu		✓		100
29	Całkowita utrata mowy		✓		100
30	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu		✓		50
31	Całkowita utrata słuchu w obydwu uszach		✓		100
32	Całkowita utrata wzroku w jednym oku		✓		50
33	Całkowita utrata wzroku w obydwu oczach		✓		100
34	Choroba Alzheimera		✓		100
35	Choroba Creutzfeldta-Jakoba		✓		100
36	Choroba Huntingtona		✓		100
37	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)		✓		100
38	Choroba Parkinsona		✓		100
39	Kleszczowe zapalenie mózgu		✓		25
40	Neuroborelioza		✓		50
41	Paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego		✓		100
42	Ropień mózgu		✓		50
43	Stwardnienie rozsiane		✓		100
44	Śpiączka		✓		100
45	Cholera		✓	GRUPA 4	25
46	Ciężkie oparzenie		✓		50
47	Dur brzuszny		✓		25
48	Gorączka denga		✓		25
49	Gorączka Ebola		✓		25
50	Gruźlica		✓		25
51	Pełzakowica (ameboza)		✓		25
52	Sepsa (posocznica)		✓		100
53	Tężec		✓		25
54	Wścieklizna		✓		25
55	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji		✓		50
56	Zakażenie wirusem HIV zawodowe		✓		50
57	Zgorzel gazowa		✓		25
58	Zimnica (malaria)		✓		25
59	Żółta gorączka		✓		25
60	Choroba Leśniowskiego-Crohna		✓	GRUPA 5	50
61	Łuszczycowe zapalenie stawów		✓		50
62	Toczeń rumieniowaty układowy		✓		50
63	Twardzina układowa		✓		100
64	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		✓		50
65	Zakażona martwica trzustki		✓		50

8. W wariancie STANDARD podzieliliśmy ciężkie choroby na 2 grupy ciężkich chorób, a w wariancie PREMIUM na 5 grup ciężkich chorób.
9. Definicje ciężkich chorób znajdziesz w załączniku do tych OWU.
10. Wariant umowy możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
11. Aby zmienić wariant umowy, złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
12. Jeśli wystąpisz o zmianę wariantu umowy:
1) możemy zwrócić się do ubezpieczonego z prośbą, aby:
   a) udostępnił nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia i wykonywanym zawodzie;
   b) poddał się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, to my pokryjemy koszt badań;
2) na podstawie otrzymanych dokumentów możemy:
   a) zgodzić się na zmianę wariantu umowy o którą wnioskujesz, albo
   b) zaproponować Ci indywidualny zakres ochrony, który z Tobą uzgodnimy, albo
   c) odmówić Ci zmiany wariantu umowy.

13. Zmieniony wariant umowy oraz nowa wysokość składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki za umowę podstawową, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wariantu umowy.
14. Zmieniony wariant umowy potwierdzimy w polisie.

SUMA UBEZPIECZENIA
– czyli na jakiej podstawie ustalamy wysokość świadczenia

15. Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia w razie wystąpienia ciężkiej choroby objętej naszą ochroną.
16. Wysokość sumy ubezpieczenia proponujesz we wniosku o zawarcie umowy. Zaakceptowaną przez nas sumę ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
17. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w wyniku indeksacji, o której piszemy w pkt. 72–81.
18. Sumę ubezpieczenia możesz zmienić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty zawarcia umowy.
19. Aby zmienić wysokość sumy ubezpieczenia złóż nam pisemny wniosek o zmianę.
20. Jeśli wystąpisz o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
1) możemy zwrócić się do ubezpieczonego z prośbą, aby:
   a) udostępnił nam dodatkowe informacje o swoim stanie zdrowia i wykonywanym zawodzie;
   b) poddał się badaniom medycznym w wyznaczonych placówkach medycznych, to my pokryjemy koszt badań;
2) na podstawie otrzymanych dokumentów możemy:
   a) zgodzić się na wysokość sumy ubezpieczenia o którą wnioskujesz, albo
   b) zaproponować Ci inną wysokość sumy ubezpieczenia, którą uzgodnimy z Tobą, albo
   c) odmówić Ci podwyższenia sumy ubezpieczenia.

21. W wyniku zmiany sumy ubezpieczenia nową wysokość składki obliczamy na podstawie:
1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
3) nowej sumy ubezpieczenia;
4) częstotliwości opłacania składki;
5) wyników oceny ryzyka obowiązujących przy zawarciu umowy.

22. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki będzie obowiązywać od dnia najbliższej płatności składki za umowę podstawową, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
23. Nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki potwierdzimy w polisie.
24. Podwyższenie sumy ubezpieczenia nie jest możliwe po wypłacie jakiegokolwiek świadczenia z umowy.

ŚWIADCZENIA Z UMOWY

25. W razie wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej choroby w okresie ochrony wypłacimy świadczenie w kwocie równej odpowiedniemu dla danej ciężkiej choroby procentowi sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu jej wystąpienia.
26. Procent sumy ubezpieczenia dla każdej ciężkiej choroby wskazujemy w tabeli w pkt. 7.
27. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby nasza ochrona w zakresie tej choroby wygasa.
28. Maksymalna wysokość świadczeń na wszystkie ciężkie choroby z jednej grupy ciężkich chorób wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
29. Każda wypłata świadczenia z danej grupy ciężkich chorób powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń, które przysługują w ramach danej grupy ciężkich chorób, wynosząca 100% sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń wypłaconych z tej grupy ciężkich chorób.



PRZYKŁAD

Ubezpieczyłeś się na sumę 100.000 zł w wariancie PREMIUM. Po 2 latach kardiolog zalecił Ci zabieg ablacji zaburzeń rytmu serca. Po zabiegu wypłaciliśmy Ci 25.000 zł (patrz tabela w rozdziale „Zakres ubezpieczenia"; Grupa 2 – ablacja zaburzeń rytmu serca: 25% sumy ubezpieczenia). W związku z tą wypłatą, dostępny % sumy ubezpieczenia dla chorób z Grupy 2 zmniejszył się ze 100% do 75% (dla chorób z innych grup nie zmienił się). Jeśli dodatkowo w okresie ubezpieczenia przeszedłbyś zabieg wszczepienia układu stymulującego serce (kolejna wypłata 25% sumy ubezpieczenia, czyli 25.000 zł) – dostępny % sumy ubezpieczenia dla Grupy 2 zmniejszyłby się o kolejne 25%, czyli z 75% do 50%. Jeśli później zachorowałbyś na bakteryjne zapalenie wsierdzia (Grupa 2 chorób, 50% sumy ubezpieczenia) – wypłacilibyśmy Ci 50.000 zł i zakończylibyśmy ochronę obejmującą ciężkie choroby z Grupy 2 ubezpieczenia, jednak ochrona dla chorób z pozostałych grup wskazanych w tabeli (Grupy: 1, 3, 4 i 5) nadal będzie obowiązywać.

30. W przypadku wypłaty świadczenia z danej grupy ciężkich chorób w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia, nasza ochrona na wszystkie pozostałe ciężkie choroby z tej grupy ciężkich chorób wygasa. Maksymalna wysokość świadczeń na wszystkie ciężkie choroby z umowy wynosi 200% sumy ubezpieczenia.
31. Każda wypłata świadczenia z umowy powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń, które przysługują w ramach umowy wynosząca 200% sumy ubezpieczenia, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń wypłaconych z umowy.
32. W przypadku wypłaty świadczeń w łącznej wysokości 200% sumy ubezpieczenia, nasza ochrona z umowy wygasa.



PRZYKŁAD

Od trzech lat jesteś ubezpieczony na sumę 250.000 zł w wariancie PREMIUM. Rok temu wypłaciliśmy Ci 250.000 zł w związku z nowotworem złośliwym prostaty. Ponieważ wypłacona suma ubezpieczenia osiągnęła limit 100%, wyłączyliśmy z naszej ochrony ciężkie choroby z Grupy 1, czyli tej, w której ochroną obejmujemy nowotwór złośliwy. Po 14 miesiącach przeszedłeś sepsę (Grupa 5, 100% sumy ubezpieczenia) i wypłaciliśmy Ci kolejne świadczenie w wysokości 250.000 zł. Tym samym procentowa wartość świadczeń w okresie ubezpieczenia osiągnęła limit 200% sumy ubezpieczenia (100%+100%). To oznacza, że po drugiej wypłacie rozwiązaliśmy umowę na wypadek ciężkich chorób i nasza ochrona z tytułu tej umowy wygasa.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA OCHRONY
– czyli w jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia

33. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby, jeśli ciężka choroba była skutkiem znanych ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu okoliczności, których ubezpieczający lub ubezpieczony nie podali do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy ich:
1) we wniosku o zawarcie umowy oraz w innych pismach przed zawarciem umowy, albo
2) w przypadku wnioskowania o zmianę wariantu umowy – we wniosku o zmianę wariantu umowy oraz w innych pismach przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę wariantu umowy.

34. Możemy odmówić części świadczenia z tytułu ciężkiej choroby w wysokości, o którą podwyższyliśmy sumę ubezpieczenia, jeśli ciężka choroba była skutkiem znanych ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu okoliczności, których ubezpieczający lub ubezpieczony nie podali do naszej wiadomości, a o które pytaliśmy ich we wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia oraz w innych pismach przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę sumy ubezpieczenia.

35. Jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony umyślnie nie podali do naszej wiadomości wszystkich znanych okoliczności, o które pytaliśmy w sposób określony w pkt. 33 lub 34 przed zawarciem umowy albo, w przypadku wnioskowania o podwyższenie sumy ubezpieczenia lub zmianę wariantu umowy, przed wyrażeniem przez nas zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia lub zmianę wariantu umowy, to – w razie wątpliwości – przyjmuje się, że wystąpienie ciężkiej choroby i jej następstwa są skutkiem tych okoliczności.

36. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby, jeśli ciężka choroba wystąpiła:
1) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed początkiem naszej ochrony;
2) wskutek działań wojennych;
3) wskutek czynnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroru lub masowych rozruchach społecznych;
4) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu, który wypełnia ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
5) wskutek stanu nietrzeźwości ubezpieczonego w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, użycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
6) wskutek zatrucia ubezpieczonego spożytym alkoholem, użytymi narkotykami, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek schorzeń spowodowanych nadużywaniem ww. substancji;
7) wskutek użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych niezgodnie z zaleceniem lekarza albo niezgodnie z informacją zamieszczoną w ulotce dołączonej do produktu leczniczego oraz w wyniku nadużywania ww. produktów;
8) wskutek samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
9) wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli ubezpieczony prowadził pojazd i:
   a) nie miał uprawnień do prowadzenia pojazdu, które są określone w przepisach prawa lub
   b) był po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub był po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

   o ile okoliczności, o których mowa w lit. a lub b miały wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku będącego wypadkiem komunikacyjnym;
10) wskutek działania promieniowania radioaktywnego lub jonizującego w wyniku reakcji termojądrowych, wybuchu nuklearnego.

ZAWARCIE UMOWY
– jak się odbywa i co będzie do tego potrzebne

37. Umowę zawieramy na podstawie Twojego wniosku o ubezpieczenie.

38. Umowę możesz zawrzeć:
1) wraz z zawarciem umowy podstawowej, albo
2) jeśli posiadasz już umowę podstawową – w dniu najbliższej płatności składki, o ile w umowie podstawowej nie zawiesiłeś opłacania składki regularnej i nie została ona zamieniona na ubezpieczenie bezskładkowe.

39. Zasady i tryb zawierania umowy są zgodne z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej, o ile nie umówiliśmy się z Tobą inaczej.

40. Możemy odmówić zawarcia umowy.

41. Zawarcie umowy potwierdzamy polisą.

KTO MOŻE ZAWRZEĆ UMOWĘ I BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ

42. Umowę zawieramy z Tobą, czyli ubezpieczającym.

43. Ubezpieczonym w umowie jest ubezpieczony z umowy podstawowej.

44. Umowę możesz zawrzeć na rzecz ubezpieczonego, którego wiek polisowy wynosi co najmniej 18 lat i nie więcej niż 60 lat, przy czym wiek ubezpieczonego w chwili końca okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć 65 lat.

CZAS TRWANIA UMOWY
– czyli jak długo trwa umowa

45. Umowę zawierasz z nami na czas określony zwany okresem ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia trwa:
1) 5 lat, jeśli zawierasz umowę wraz z umową podstawową albo w rocznicę umowy podstawowej, albo
2) 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej rocznicy umowy podstawowej – jeśli umowę zawierasz po zawarciu umowy podstawowej i opłacasz składki z częstotliwością miesięczną, kwartalną lub półroczną.



PRZYKŁAD

1 czerwca 2019 r. zawarłeś umowę podstawową i 1 grudnia 2020 r. zawarłeś umowę. Umowa ta będzie trwać do 31 maja 2025 r. czyli 4 lata i 6 miesięcy. Jeżeli zawrzesz umowę na kolejny okres, będzie ona trwała od 1 czerwca 2025 r. do 31 maja 2030 r., czyli 5 pełnych lat.

46. Okres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.
47. Umowa kończy się:
1) z końcem okresu ubezpieczenia umowy;
2) z końcem okresu ubezpieczenia umowy podstawowej;
3) w dniu rocznicy umowy podstawowej, w roku w którym wiek polisowy ubezpieczonego wynosi 65 lat.

PONOWNE ZAWARCIE UMOWY
– czyli kiedy możemy zaproponować Ci ponowne zawarcie umowy

48. Najpóźniej 30 dni przed końcem umowy możemy zaproponować Ci zawarcie kolejnej umowy i wskażemy nową wysokość składki.
49. Jeśli przyjmiesz naszą propozycję, umowa zostanie zawarta na kolejny okres ubezpieczenia.
50. Zawarcie kolejnej umowy potwierdzimy polisą.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY
– czyli do kiedy możesz się wycofać z zawartej umowy

51. Możesz odstąpić od umowy składając nam oświadczenie:
1) w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli jesteś przedsiębiorcą;
2) w ciągu 30 dni od jej zawarcia – jeśli nie jesteś przedsiębiorcą.
52. Jeśli jesteś konsumentem i nie poinformowaliśmy Cię najpóźniej w chwili zawarcia umowy o prawie do odstąpienia, możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
53. Jeżeli odstąpisz od umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę, która odpowiada składce za okres ochrony udzielanej od dnia zawarcia umowy do dnia, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
54. Odstąpienie od umowy podstawowej skutkuje odstąpieniem od umowy.
55. Odstąpienie od umowy nie skutkuje odstąpieniem od umowy podstawowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY
– czyli jak możesz zrezygnować z umowy

56. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie, przy czym wypowiedzenie musisz złożyć w formie pisemnej.
57. Okres wypowiedzenia wynosi jeden miesiąc i rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca umowy po dniu, w którym otrzymamy Twoje wypowiedzenie. W dniu, w którym zakończy się okres wypowiedzenia, zakończy się także nasza ochrona.
58. Jeżeli wypowiesz umowę, zwrócimy Ci składkę za okres niewykorzystanej ochrony, jeśli okres taki występuje.
59. Wypowiedzenie umowy podstawowej skutkuje wypowiedzeniem umowy.
60. Wypowiedzenie umowy nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI
– czyli jakie prawa i obowiązki masz Ty i ubezpieczony oraz my

61. Tobie i nam oraz ubezpieczonemu przysługują prawa i obowiązki, które wynikają z:
1) umowy podstawowej, w tym OWU umowy podstawowej;
2) umowy, w tym tych OWU oraz
3) obowiązujących przepisów prawa, w szczególności Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
62. Musimy:
1) przekazywać Tobie, a także ubezpieczonemu na jego prośbę, informacje o zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość świadczenia, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian. Informacje te przekazujemy w formie pisemnej lub w formie innego trwałego nośnika, jeśli to z Tobą uzgodnimy. Zanim wyrazisz zgodę na wprowadzenie takich zmian, musisz się z tymi zmianami zapoznać;
2) informować w formie pisemnej osobę, która występuje o świadczenie oraz ubezpieczonego:
   a) dlaczego nie możemy wypłacić świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie. Wtedy wypłacimy tylko tę część świadczenia, która jest bezsporna,
   b) że świadczenie nie jest należne w całości lub części. Wtedy wskazujemy przyczyny i podstawę prawną, które uzasadniają naszą decyzję, oraz informujemy o tym, że można dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
3) udostępniać informacje i dokumenty, które wpłynęły na naszą decyzję o ustaleniu prawa do świadczenia lub jego wysokości:
   a) Tobie,
   b) ubezpieczonemu,
   c) uprawnionemu,
   d) innej osobie, która wnioskuje o świadczenie.
   Na żądanie tych osób informacje i dokumenty udostępniamy w formie elektronicznej.
4) udostępniać na Twój lub ubezpieczonego wniosek, także w formie elektronicznej:
   a) informacje o oświadczeniach, które złożyliście podczas zawierania umowy,
   b) kopie dokumentów, które powstały podczas zawierania i trwania umowy.
63. Ty i ubezpieczony macie prawo żądać, abyśmy prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki wskazane w umowie podstawowej a także, które są wskazane w pkt. 62 oraz te, które wynikają z obowiązujących przepisów prawa.

SKŁADKA
– od czego zależy i kiedy ją opłacać

64. Wysokość składki, która będzie obowiązywać dla umowy, określamy w zależności od:

1) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
2) wariantu umowy;
3) wysokości sumy ubezpieczenia;
4) częstotliwości opłacania składki;
5) wyników oceny ryzyka;

a następnie uzgadniamy z Tobą i potwierdzamy w polisie.

65. Wysokość składki może się zmienić w przypadku:
1) zmiany wariantu umowy, o której piszemy w pkt. 10–14;
2) zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 18–24;
3) indeksacji sumy ubezpieczenia, o której piszemy w pkt. 72–82;
4) gdy wypłacimy świadczenie lub świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia i zakończy się nasza odpowiedzialność za ciężkie choroby z tej grupy ciężkich chorób zgodnie z pkt. 30 – nowa wysokość składki zostanie wyznaczona bez uwzględnienia chorób z tej grupy ciężkich chorób z datą końca miesiąca polisowego, w którym wystąpiło zdarzenie.

66. Składkę opłacasz z góry, w pełnej wymaganej kwocie, w terminach i z częstotliwością przyjętymi w umowie podstawowej.

POCZĄTEK NASZEJ OCHRONY
– czyli od kiedy ubezpieczamy ubezpieczonego

67. Nasza ochrona w stosunku do ubezpieczonego rozpocznie się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie podstawowej – jeśli umowę zawierasz razem z umową podstawową.

68. Jeśli umowę zawierasz w trakcie trwania umowy podstawowej, nasza ochrona rozpocznie się w dniu najbliższej płatności składki za umowę podstawową, nie wcześniej jednak niż po wyrażeniu przez nas zgody na zawarcie umowy.

69. Jeśli Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami, nasza ochrona rozpocznie się w dniu wskazanym w pkt. 67 albo 68, ale nie wcześniej niż następnego dnia po zgodzie ubezpieczonego na objęcie go ochroną, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.

70. Datę początku ochrony wskazujemy w polisie.

KONIEC NASZEJ OCHRONY
– czyli kiedy kończy się ubezpieczenie

71. Nasza ochrona na wypadek ciężkich chorób zakończy się w dniu:
1) w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy;
2) w którym upłynie okres wypowiedzenia umowy;
3) śmierci ubezpieczonego;
4) w którym wyczerpie się maksymalny limit świadczeń, o którym piszemy w pkt. 30–32;
5) w którym zakończy się okres ubezpieczenia;
6) w którym zakończy się ochrona w umowie podstawowej;
7) w którym umowa podstawowa zamieni się na umowę bezskładkową;
8) w którym umowa podstawowa zamieni się na ubezpieczenie z jednorazową płatnością składki – jeśli opłacisz składkę za umowę podstawową jednorazowo do końca okresu ubezpieczenia.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI
– czyli w jaki sposób urealniamy świadczenia

72. Najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy podstawowej możemy Ci zaproponować indeksację sumy ubezpieczenia.

73. Przez indeksację sumy ubezpieczenia rozumiemy podwyższenie, w rocznicę umowy podstawowej, aktualnej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.

74. W związku z indeksacją sumy ubezpieczenia nie przeprowadzamy ponownej oceny ryzyka.

75. Jako wskaźnik indeksacji sumy ubezpieczenia przyjmujemy wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych, który publikuje Główny Urząd Statystyczny na koniec września danego roku kalendarzowego za okres 12 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt. 76.

76. Jeżeli wskaźnik, o którym piszemy w pkt. 75 jest niższy od 3%, przyjmujemy, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.

77. Wskaźnik indeksacji stosujemy do wszystkich umów, których rocznica przypada w następnym roku kalendarzowym.

78. W wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia wzrasta składka za umowę, o kwotę obliczoną na podstawie:
1) składek taryfowych obowiązujących przy zawarciu umowy;
2) wieku polisowego ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy;
3) nowej dodatkowej wysokości sumy ubezpieczenia wyznaczonej w wyniku indeksacji,
4) częstotliwości opłacania składki;
5) wyników oceny ryzyka obowiązujących przy zawarciu umowy.

79. Możesz:
1) podwyższyć sumę ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji, albo
2) zrezygnować z indeksacji.

80. Jeśli zrezygnujesz z indeksacji sumy ubezpieczenia poinformuj nas o tym najpóźniej 14 dni przed rocznicą umowy podstawowej.
W przypadku gdy Ty i ubezpieczony jesteście różnymi osobami musisz uzyskać jego zgodę na rezygnację z indeksacji. Jeśli nie spełnisz tych warunków uznamy, że przyjąłeś zaproponowany przez nas wskaźnik indeksacji.

81. Jeśli zawrzesz umowę oddzielnie od umowy podstawowej lub jeśli zmienisz wysokość sumy ubezpieczenia w innym dniu niż dzień rocznicy umowy podstawowej, możemy zaproponować Ci indeksację najwcześniej w najbliższą rocznicę umowy podstawowej, która nastąpi po upływie pełnych 12 miesięcy trwania umowy liczonych od dnia zawarcia umowy lub zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

82. Nie proponujemy indeksacji sumy ubezpieczenia po wypłacie jakiegokolwiek świadczenia z umowy.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA
– czyli komu i kiedy je wypłacimy

83. Świadczenie przysługuje ubezpieczonemu.
84. Aby otrzymać świadczenie, osoba, która o nie wnioskuje, musi dostarczyć nam:
1) wniosek o realizację świadczenia;
2) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie ciężkiej choroby;
3) w przypadku choroby będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku – dokumentację potwierdzającą okoliczności wypadku.
85. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą do ustalenia naszej odpowiedzialności.
86. Jeśli dokumenty, o które prosiliśmy, są w innym języku niż polski, osoba, która składa wniosek musi dostarczyć nam ich tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie to musi wykonać tłumacz przysięgły.
87. Jeżeli nie otrzymamy dokumentów, o które prosimy, a posiadane przez nas nie pozwalają ustalić naszej odpowiedzialności możemy odmówić świadczenia.
88. Jeśli dostarczone dokumenty nie wystarczą do tego, aby uznać, że świadczenie jest należne, możemy:
1) poprosić lekarza orzecznika (wskazanego przez nas) o wydanie opinii lekarskiej; oraz
2) skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania.
89. Pokryjemy koszty opinii medycznej oraz dodatkowych badań.

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA, SKIEROWANIE SPRAWY DO SĄDU
– kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć

89. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce, w której obsługujemy klientów.
90. Reklamację, skargę lub zażalenie można złożyć:
1) pisemnie – przesyłką pocztową (w rozumieniu ustawy „Prawo pocztowe"), albo osobiście;
2) ustnie – przez telefon, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801-102-102, albo osobiście, co potwierdzamy protokołem;
3) elektronicznie – na adres: reklamacje@pzu.pl lub za pomocą formularza na pzu.pl.
91. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy najszybciej, jak to możliwe, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, kiedy ją otrzymaliśmy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć w ciągu 30 dni, poinformujemy:
1) dlaczego nie możemy odpowiedzieć w powyższym terminie;
2) jakie okoliczności musimy jeszcze ustalić, aby rozpatrzyć sprawę;
3) jaki jest nowy termin naszej odpowiedzi – termin ten nie może być dłuższy niż 60 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy reklamację, skargę lub zażalenie.
92. Na reklamację, skargę i zażalenie odpowiadamy:
1) w postaci papierowej lub
2) pocztą elektroniczną – robimy to na wniosek osoby (podmiotu), która złożyła reklamację.
93. Jeśli po rozpatrzeniu reklamacji:
1) nie uwzględniliśmy zgłoszonych roszczeń albo
2) uwzględniliśmy roszczenia, ale w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację nie wykonaliśmy czynności, do których się zobowiązaliśmy
– osoba fizyczna, która złożyła reklamację, może napisać wniosek w tej sprawie do Rzecznika Finansowego.
94. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrujemy w naszych jednostkach, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
95. Pozew w sprawach, które wynikają z niniejszej umowy, można złożyć według przepisów o właściwości ogólnej albo:
1) przed sąd właściwy dla miejsca Twojego zamieszkania lub siedziby, lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub
2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
96. Więcej o reklamacjach można dowiedzieć się z „Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym" oraz z „Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń".
97. Przewidujemy możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
98. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU Życie SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy. Adres jego strony internetowej jest taki: www.rf.gov.pl.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
– czyli co jest jeszcze ważne

99. Jeśli zgodnie z prawem będziemy musieli potrącić ze świadczenia jakiekolwiek kwoty, zwłaszcza podatek dochodowy, świadczenie zmniejszymy o te kwoty.
100. Prawo polskie jest prawem właściwym dla umowy.
101. W relacjach z konsumentem stosujemy język polski.
102. W sprawach, których nie reguluje umowa, stosuje się ogólne warunki umowy podstawowej, przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
103. Rzecznik Finansowy zajmuje się pozasądowym rozpatrywaniem sporów konsumenckich – w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
104. Wszystkie nasze powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy, będziemy składać w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniliśmy z Tobą. Wywierają one skutek z chwilą doręczenia.
105. Wszystkie kierowane do nas powiadomienia, wnioski i oświadczenia, które dotyczą umowy – oprócz reklamacji, skarg i zażaleń – muszą być złożone w formie pisemnej lub w innej formie, którą uzgodniłeś z nami. Wywierają one skutek prawny z dniem doręczenia.
106. Informować o każdej zmianie adresu musisz Ty, ubezpieczony oraz my.
107. Jeżeli Ty, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony jesteście konsumentami, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
108. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na pzu.pl w części o relacjach inwestorskich.
109. Nadzoruje nas Komisja Nadzoru Finansowego.

ZAŁĄCZNIK
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKICH CHORÓB

1. Za ciężkie choroby objęte naszą ochroną uznaje się zdefiniowane poniżej choroby:

1) **ablacja zaburzeń rytmu serca**, to zabieg polegający na zniszczeniu lub odizolowaniu obszaru serca, który jest źródłem zaburzeń rytmu.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką ablację zaburzeń rytmu serca, w której wykorzystano generator prądu lub niską temperaturę.
   Za wystąpienie ablacji zaburzeń rytmu serca uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej ochrony;
2) **anemia aplastyczna** (niedokrwistość aplastyczna), to przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, polegająca na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonokrwinkowego i płytkotwórczego.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką anemię aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacyjne lub wykonano transplantację szpiku.
   Za wystąpienie anemii aplastycznej uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej ochrony;
3) **angioplastyka tętnic wieńcowych** to metoda przezskórnego poszerzenia zwężonego lub niedrożnego odcinka tętnicy wieńcowej.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką angioplastykę wieńcową, w czasie której wszczepiono co najmniej jeden stent.
   Za wystąpienie angioplastyki tętnic wieńcowych uważa się wykonanie angioplastyki w okresie naszej ochrony;
4) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych**, to zakaźna choroba bakteryjna układu nerwowego przebiegająca z neurologicznymi objawami zajęcia procesem zapalnym mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
   Za wystąpienie bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
5) **bakteryjne zapalenie wsierdzia**, to zapalenie wsierdzia spowodowane przez zakażenie bakteryjne.
   Odpowiadamy wyłącznie za takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które wymagało hospitalizacji i dotyczyło własnych zastawek serca lub jam serca, bez obcego materiału i urządzeń medycznych.
   Rozpoznanie choroby potwierdzają badania mikrobiologiczne identyfikujące bakterie wywołujące zapalenie lub badania obrazowe bądź patomorfologiczne ujawniające uszkodzenie wsierdzia.
   Za wystąpienie bakteryjnego zapalenia wsierdzia uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
6) **bąblowiec mózgu**, to choroba zakaźna spowodowana przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu.
   Odpowiadamy wyłącznie za takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
   Za wystąpienie bąblowca mózgu uważa się wykonanie operacji chirurgicznej w okresie naszej ochrony;
7) **całkowita utrata mowy**, to trwała i nieodwracalna utrata zdolności wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka.
   Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę mowy, która jest spowodowana chorobą krtani i nie może być przywrócona nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiejkolwiek metody.
   Za wystąpienie całkowitej utraty mowy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
8) **całkowita utrata słuchu w jednym uchu**, to nieodwracalna utrata zdolności słyszenia w jednym uchu, powodująca jednostronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy).
   Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę słuchu w jednym uchu, która jest spowodowana chorobą.
   Za wystąpienie całkowitej utraty słuchu w jednym uchu uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
9) **całkowita utrata słuchu w obydwu uszach**, to nieodwracalna utrata zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodująca obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy). Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę słuchu w obydwu uszach, która jest spowodowana chorobą.
   Za wystąpienie całkowitej utraty słuchu w obydwu uszach uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
10) **całkowita utrata wzroku w jednym oku**, to nieodwracalna utrata zdolności widzenia w jednym oku, powodująca jednostronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50) mierzone po korekcji optycznej lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni.
    Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę wzroku w jednym oku, która jest spowodowana chorobą.
    Za wystąpienie całkowitej utraty wzroku w jednym oku uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
11) **całkowita utrata wzroku w obydwu oczach**, to nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obydwu oczach, powodująca obustronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50) mierzone po korekcji optycznej lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni.
    Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę wzroku w obydwu oczach, która jest spowodowana chorobą.
    Za wystąpienie całkowitej utraty wzroku w obydwu oczach uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.
12) **chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej**, to metoda polegająca na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty brzusznej protezą naczyniową.
    Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty brzusznej.
    Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty brzusznej.
    Za wystąpienie chirurgicznego leczenia choroby aorty brzusznej uważa się wykonanie operacji chirurgicznej w okresie naszej ochrony;
13) **chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej**, to metoda polegająca na zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty piersiowej protezą naczyniową.
    Odpowiadamy wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną z powodu tętniakowatego poszerzenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej.
    Nasza ochrona nie obejmuje operacji chirurgicznej izolowanych zmian w odgałęzieniach aorty piersiowej.
    Za wystąpienie chirurgicznego leczenia choroby aorty piersiowej uważa się wykonanie operacji chirurgicznej w okresie naszej ochrony;
14) **chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass)**, to metoda polegająca na wszczepieniu pomostu omijającego niedrożny lub zwężony odcinek tętnicy wieńcowej.
    Za wystąpienie chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca uważa się wykonanie operacji chirurgicznej w okresie naszej ochrony;

15) **chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca**, to metoda leczenia uszkodzonej własnej zastawki serca. Odpowiadamy wyłącznie za takie chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, które polega na wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną.
Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji i plastyki nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych.
Za wystąpienie chirurgicznego leczenia zastawkowej wady serca uważa się wykonanie operacji chirurgicznej w okresie naszej ochrony;
16) **cholera**, to choroba zakaźna wywołana przez przecinkowca cholery (łac. Vibrio cholerae).
Odpowiadamy wyłącznie za taką cholerę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie cholery uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
17) **choroba Alzheimera**, to postępujące zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych, które prowadzą do otępienia.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Alzheimera, która spowodowała otępienie rozpoznane przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii, psychiatrii lub geriatrii w oparciu o udokumentowane dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera.
Nasza ochrona nie obejmuje otępienia spowodowanego przez inne choroby oraz otępienia wtórnego do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
Za wystąpienie choroby Alzheimera uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
18) **choroba Creutzfeldta-Jakoba**, to neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez priony.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu.
Za wystąpienie choroby Creutzfeldta-Jakoba uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
19) **choroba Huntingtona**, to dziedziczna choroba ośrodkowego układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Huntingtona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie badania genetycznego i która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:
a) zaburzenia motoryczne,
b) zaburzenia nastroju,
c) zaburzenia poznawcze.
Za wystąpienie choroby Huntingtona uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
20) **choroba Leśniowskiego-Crohna**, to przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita.
Za wystąpienie choroby Leśniowskiego-Crohna uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
21) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)**, to neurodegeneracyjna choroba obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowana wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę neuronu ruchowego, która została rozpoznana przez lekarza neurologa w oparciu o badanie elektromiografii (EMG) i która spowodowała osłabienie lub zanik mięśni oraz ograniczenie ruchów czynnych.
Za wystąpienie choroby neuronu ruchowego uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
22) **choroba Parkinsona**, to neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego spowodowana zanikiem komórek nerwowych, mających znaczenie dla funkcji ruchowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych:
a) drżenie spoczynkowe,
b) spowolnienie ruchowe,
c) zwiększone napięcie mięśni.
Nasza ochrona nie obejmuje parkinsonizmu objawowego.
Za wystąpienie choroby Parkinsona uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
23) **ciężkie oparzenie**, to miejscowe uszkodzenie skóry i głębiej leżących tkanek spowodowane czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym.
Odpowiadamy wyłącznie za takie ciężkie oparzenie, które wymagało hospitalizacji i obejmowało:
a) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie II stopnia lub
b) ponad 60% powierzchni ciała – dla oparzeń II i III stopnia łącznie lub
c) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń wyłącznie III stopnia.
Za wystąpienie ciężkiego oparzenia uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
24) **dur brzuszny**, to choroba zakaźna wywoływana przez pałeczkę duru brzusznego (łac. Salmonella typhi).
Odpowiadamy wyłącznie za taki dur brzuszny, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Nasza ochrona nie obejmuje bezobjawowego nosicielstwa pałeczek duru brzusznego (łac. Salmonella typhi) lub pałeczek duru rzekomego (łac. Salmonella paratyphi).
Za wystąpienie duru brzusznego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
25) **wszczepienie układu stymulującego serce**, to zabieg wszczepienia do ciała chorego na stałe:
a) kardiowertera-defibrylatora, który jest urządzeniem stymulującym serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji lub
b) stymulatora resynchronizującego, który jest urządzeniem stymulującym serce z funkcją synchronizacji skurczu serca lub
c) stymulatora serca (rozrusznika), który jest urządzeniem stymulującym serce.
Nasza ochrona nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany układu stymulującego serce lub jego elementów.
Za wystąpienie wszczepienia układu stymulującego serce uważa się wszczepienie na stałe kardiowertera-defibrylatora lub stymulatora resynchronizującego lub stymulatora serca (rozrusznika) w okresie naszej ochrony;
26) **gorączka denga**, to choroba zakaźna wywołana przez wirusa dengi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę denga, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie gorączki denga uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
27) **gorączka Ebola**, to choroba zakaźna wywołana przez wirusa Ebola. Odpowiadamy wyłącznie za taką gorączkę Ebola, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie gorączki Ebola uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

28) **gruźlica**, to choroba zakaźna wywołana przez prątki gruźlicy.
Odpowiadamy wyłącznie za taką gruźlicę, która wymagała hospitalizacji i leczenia przeciwprątkowego i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie gruźlicy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
29) **idiopatyczne nadciśnienie płucne**, to zespół objawów klinicznych spowodowany samoistnym wzrostem ciśnienia w tętnicy płucnej.
Odpowiadamy wyłącznie za takie idiopatyczne nadciśnienie płucne, w którym średnie ciśnienie w tętnicy płucnej w spoczynku, oznaczone za pomocą cewnikowania prawego serca, wynosi co najmniej 25 mm Hg.
Nasza ochrona nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego, czyli takiego które powstało w przebiegu innych chorób lub reakcji na substancje toksyczne, a także nadciśnienia płucnego polekowego.
Za wystąpienie idiopatycznego nadciśnienia płucnego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
30) **kardiomiopatia przerostowa**, to genetycznie uwarunkowane, pierwotne uszkodzenie mięśnia serca z pogrubieniem ściany lewej komory serca, nie będące skutkiem nieprawidłowych warunków jej obciążania.
Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię przerostową, której pierwotny charakter jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna i która skutkuje obniżeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 40% lub wymaga implantacji kardiowertera-defibrylatora w celu zapobiegania nagłemu zgonowi sercowemu.
Nasza ochrona nie obejmuje pogrubienia ściany lewej komory serca wtórnego do innych chorób serca lub chorób ogólnoustrojowych.
Za wystąpienie kardiomiopatii przerostowej uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
31) **kardiomiopatia Takotsubo**, to przejściowe zaburzenia kurczliwości ścian lewej komory serca ze wzrostem troponiny sercowej powyżej górnej granicy normy, bez istotnych hemodynamicznie zwężeń w tętnicach wieńcowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię Takotsubo, która wymagała hospitalizacji, a jej rozpoznanie potwierdza karta informacyjna leczenia szpitalnego.
Za wystąpienie kardiomiopatii Takotsubo uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
32) **kleszczowe zapalenie mózgu**, to zakaźna choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, przebiegająca z neurologicznymi objawami objęcia procesem zapalnym mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie kleszczowe zapalenie mózgu, które wymagało hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie kleszczowego zapalenia mózgu uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
33) **łuszczycowe zapalenie stawów**, to przewlekła choroba zapalna stawów u osoby z łuszczycą.
Odpowiadamy wyłącznie za takie łuszczycowe zapalenie stawów, które zostało rozpoznane przez lekarza reumatologa i w którym procesem zapalnym objętych jest nieprzerwanie przez okres co najmniej 4 tygodni:
a) co najmniej 5 stawów kończyn, lub
b) stawy kręgosłupa, lub
c) obydwa stawy krzyżowo-biodrowe.
Za wystąpienie łuszczycowego zapalenia stawów uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
34) **neuroborelioza**, to choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegającą z zajęciem układu nerwowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie neuroboreliozy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
35) **niezłośliwy guz mózgu**, to łagodny wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki niezłośliwy guz mózgu, który został usunięty lub jeśli ze względów medycznych usunięcie guza nie było możliwe, spowodował on wystąpienie ubytków neurologicznych.
Rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu.
Nasza ochrona nie obejmuje torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków mózgu, guzów przysadki mózgowej.
Za wystąpienie niezłośliwego guza mózgu uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
36) **nowotwór złośliwy**, to niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy, którego inwazyjny charakter został potwierdzony badaniem histopatologicznym.
Odpowiadamy także za chorobę nowotworową ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne są jednoznaczne, co do złośliwości procesu nowotworowego.
Nasza ochrona nie obejmuje:
a) nowotworów ocenionych w badaniu histopatologicznym jako łagodne, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, nieinwazyjne lub przedinwazyjne (tzw. in situ),
b) zmian o cechach dysplazji,
c) wszystkich poza czerniakiem nowotworów skóry, w tym chłoniaka skóry,
d) wszystkich nowotworów związanych z AIDS i zakażeniem wirusem HIV.
Za wystąpienie nowotworu złośliwego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
37) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (tzw. in situ)**, to nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawnej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny.
Odpowiadamy wyłącznie za taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, który jest umiejscowiony w jednej z ośmiu kategorii Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
a) D00 – rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
b) D01 – rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
c) D02 – rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
d) D03 – czerniak in situ,
e) D05 – rak in situ sutka,
f) D06 – rak in situ szyjki macicy,
g) D07 – rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,

h) D09 – rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień.
Przedinwazyjny charakter nowotworu jednoznacznie potwierdza badanie histopatologiczne lub cytologiczne.
Nasza ochrona nie obejmuje nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym, który jest umiejscowiony w kategorii D04 – rak in situ skóry, Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
Za wystąpienie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

38) **paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego**, to całkowita utrata funkcji ruchowej kończyn.
Odpowiadamy wyłącznie za taki paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, który jest nieodwracalny i dotyczy co najmniej dwóch kończyn.
Za wystąpienie paraliżu kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

39) **pełzakowica (ameboza)**, to choroba zakaźna wywołana przez pełzaka czerwonki (łac. Entamoeba histolytica).
Odpowiadamy wyłącznie za taką pełzakowicę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie pełzakowicy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

40) **przewlekła niewydolność nerek**, to trwałe upośledzenie czynności obu nerek lub jedynej nerki.
Odpowiadamy wyłącznie za taką przewlekłą niewydolność nerek, w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki.
Nasza ochrona nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która jest odwracalna i która wymaga jedynie czasowej dializoterapii.
Za wystąpienie przewlekłej niewydolności nerek uważa się rozpoczęcie dializoterapii lub wykonanie przeszczepu nerki w okresie naszej ochrony;

41) **ropień mózgu**, to miejscowe zakażenie wewnątrzczaszkowe mające swój początek w ograniczonym zapaleniu mózgu i prowadzące do powstania zbiornika ropy wewnątrz unaczynionej torebki.
Odpowiadamy wyłącznie za taki ropień mózgu, który został usunięty chirurgicznie z otwarciem czaszki lub wykonano aspirację treści ropnia przez otwór trepanacyjny.
Rozpoznanie ropnia mózgu potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu.
Za wystąpienie ropnia mózgu uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

42) **samoistne włóknienie płuc**, to przewlekłe, postępujące śródmiąższowe zapalenie o nieznanej przyczynie, powodujące włóknienie ograniczone do płuc.
Odpowiadamy wyłącznie za takie samoistne włóknienie płuc, które zostało rozpoznane przez lekarza pulmonologa na podstawie badań obrazowych płuc lub biopsji płuca.
Nasza ochrona nie obejmuje alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych, pylicy płuc, włóknienia płuc w przebiegu chorób tkanki łącznej oraz włóknienia polekowego.
Za wystąpienie samoistnego włóknienia płuc uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

43) **schyłkowa niewydolność oddechowa**, to dysfunkcja układu oddechowego spowodowana przez jego przewlekłe choroby, która powoduje trwałe obniżenie utlenowania krwi.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność oddechową, która spowodowała obniżenie ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi poniżej 55 mm Hg i jest leczona metodą stałej, codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące.
Za wystąpienie schyłkowej niewydolności oddechowej uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej ochrony;

44) **schyłkowa niewydolność wątroby**, to końcowe stadium upośledzenia funkcji wątroby.
Odpowiadamy wyłącznie za taką schyłkową niewydolność wątroby, w przebiegu której wystąpiła żółtaczka, wodobrzusze, żylaki przełyku i encefalopatia wątrobowa łącznie.
Nasza ochrona nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla wątroby.
Za wystąpienie schyłkowej niewydolności wątroby uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

45) **sepsa (posocznica)**, to ogólnoustrojowa, nieswoista reakcja organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny.
Odpowiadamy wyłącznie za taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z pięciu poniższych narządów lub układów:
a) ośrodkowy układ nerwowy,
b) układ krążenia,
c) układ oddechowy,
d) układ krwiotwórczy,
e) nerki,
f) wątroba.
Rozpoznanie sepsy jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie sepsy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

46) **stwardnienie rozsiane**, to choroba ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych.
Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa, na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.
Za wystąpienie stwardnienia rozsianego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

47) **śpiączka**, to stan głębokiego zaburzenia świadomości wyrażający się brakiem reakcji na zewnętrzne bodźce słuchowe lub bólowe, wynikający z ciężkiego uszkodzenia mózgu.
Odpowiadamy wyłącznie za taką śpiączkę, która trwała nieprzerwanie co najmniej 96 godzin, a uszkodzenie mózgu spowodowało trwający co najmniej 30 dni: deficyt neurologiczny lub zaburzenia poznawcze ocenione w teście Mini–Mental (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego ang. Mini–Mental State Examination) na poniżej 20 punktów.
Nasza ochrona nie obejmuje śpiączki:
a) spowodowanej alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji toksycznych dla mózgu;
b) farmakologicznej, zastosowanej celowo przez podanie specjalnych leków.
Za wystąpienie śpiączki uważa się zapadnięcie w śpiączkę w okresie naszej ochrony;

48) **tężec**, to choroba zakaźna wywołana działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca.
Odpowiadamy wyłącznie za taki tężec, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Za wystąpienie tężca uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

49) **toczeń rumieniowaty układowy**, to choroba autoimmunologiczna, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych.
Odpowiadamy wyłącznie za taki toczeń rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z poniższych narządów lub układów:
a) nerki,
b) serce,
c) układ nerwowy.
Za wystąpienie tocznia rumieniowatego układowego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
50) **transplantacja**, to operacja chirurgiczna przeszczepienia narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego.
Odpowiadamy wyłącznie za wykonaną u biorcy transplantację serca, płuca, wątroby lub jej części oraz wykonaną u biorcy allogeniczną transplantację szpiku kostnego.
Nasza ochrona nie obejmuje transplantacji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony został wpisany na listę oczekujących na przeszczep.
Za wystąpienie transplantacji uważa się wykonanie transplantacji w okresie naszej ochrony;
51) **twardzina układowa**, to choroba tkanki łącznej charakteryzująca się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych, uszkodzeniem naczyń krwionośnych i obecnością swoistych przeciwciał.
Odpowiadamy wyłącznie za taką twardzinę układową, w przebiegu której doszło do zajęcia procesem chorobowym co najmniej jednego z poniższych narządów:
a) serca,
b) płuc,
c) przewodu pokarmowego,
d) nerek.
Rozpoznanie twardziny układowej potwierdza badanie histopatologiczne wycinka skóry i badania serologiczne krwi.
Nasza ochrona nie obejmuje twardziny plackowatej, uogólnionej, pęcherzowej, linijnej, głębokiej, w których proces włóknienia dotyczy tylko skóry i nie obejmuje narządów wewnętrznych.
Za wystąpienie twardziny układowej uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
52) **udar mózgu bez trwałego ubytku neurologicznego**, to nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które nie spowodowało trwałego ubytku neurologicznego.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu, w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub który był leczony trombolitycznie.
Za wystąpienie udaru mózgu bez trwałego ubytku neurologicznego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
53) **udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym**, to nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny.
Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z ubytkiem neurologicznym, w którym:
a) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz
b) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego.
Za wystąpienie udaru mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
54) **utrata kończyny**, to utrata całej kończyny lub jej części.
Odpowiadamy wyłącznie za utratę kończyny górnej powyżej nadgarstka lub utratę kończyny dolnej powyżej stawu skokowego, będącą następstwem choroby.
Za wystąpienie utraty kończyny uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
55) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, to przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita grubego.
Odpowiadamy wyłącznie za takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które jest rozpoznane na podstawie badania histopatologicznego i w którego przebiegu doszło do powstania pseudopolipowatości jelita lub rozstrzeni okrężnicy.
Za wystąpienie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
56) **wścieklizna**, to choroba zakaźna wywołana wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi przebiegająca z objawami zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego.
Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna;
Za wystąpienie wścieklizny uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
57) **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**, to zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności powstałe w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych i jest potwierdzone złożonymi dowodami.
Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
Za wystąpienie zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji uważa się zakażenie w okresie naszej ochrony;
58) **zakażenie wirusem HIV zawodowe**, to zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałe w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych i jest potwierdzone złożonymi dowodami.
Za wystąpienie zakażenia wirusem HIV zawodowe uważa się zakażenie w okresie naszej ochrony;
59) **zakażona martwica trzustki**, to martwicze zakażenie trzustki lub tkanek okołotrzustkowych w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.
Odpowiadamy wyłącznie za taką zakażoną martwicę trzustki, w której chirurgicznie usunięto martwicze tkanki trzustki lub tkanki okołotrzustkowe.
Za wystąpienie zakażonej martwicy trzustki uważa się wykonanie operacji chirurgicznej w okresie naszej ochrony;
60) **zator tętnicy płucnej**, to niedrożność tętnicy płucnej spowodowana skrzepliną. Odpowiadamy wyłącznie za taki zator tętnicy płucnej, w którym skrzeplina jest umiejscowiona w pniu tętnicy płucnej;
Za wystąpienie zatoru tętnicy płucnej uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;
61) **zawał serca bez utrwalonych zaburzeń kurczliwości**, to uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia, które nie doprowadziło do utrwalonych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej.
Odpowiadamy za taki zawał serca bez utrwalonych zaburzeń kurczliwości, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,

b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Odpowiadamy również za zawał związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych, o ile w badaniach obrazowych stwierdzono nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej lub w koronarografii stwierdzono powikłania zabiegu ograniczające przepływ krwi oraz w którym stwierdzono wzrost stężenia troponiny sercowej we krwi do wartości:
a) 5-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z przezskórną interwencją wieńcową lub
b) 10-krotnie przekraczającej górną granicę normy w przypadku zawału związanego z pomostowaniem tętnic wieńcowych.

Za wystąpienie zawału serca bez utrwalonych zaburzeń kurczliwości uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

62) **zawał serca z utrwalonymi zaburzeniami kurczliwości**, to uszkodzenie części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia, które doprowadziło do regionalnych zaburzeń czynności skurczowej o umiejscowieniu odpowiadającym etiologii niedokrwiennej, które utrzymują się przez okres co najmniej 3 miesięcy.

Odpowiadamy wyłącznie za taki zawał serca z utrwalonymi zaburzeniami kurczliwości, którego rozpoznanie potwierdza wzrost lub spadek stężenia troponiny sercowej, przy co najmniej jednej wartości powyżej normy, oraz spełnione jest co najmniej jedno z następujących kryteriów:
a) kliniczne objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
b) nowe niedokrwienne zmiany w EKG,
c) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego w badaniach obrazowych lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
d) skrzeplina w tętnicy wieńcowej stwierdzona w koronarografii.

Za wystąpienie zawału serca z utrwalonymi zaburzeniami kurczliwości uważa się jego zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

63) **zgorzel gazowa**, to choroba zakaźna wywołana przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej, będąca skutkiem ciężkiego zakażenia przyrannego.

Odpowiadamy wyłącznie za taką zgorzel gazową, która wymagała hospitalizacji i przebiegała z martwicą mięśni oraz ogólnymi objawami toksemii i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Za wystąpienie zgorzeli gazowej uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

64) **zimnica (malaria)**, to choroba zakaźna wywołana przez zarodźca zimnicy.

Odpowiadamy wyłącznie za taką zimnicę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Za wystąpienie zimnicy uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony;

65) **żółta gorączka**, to choroba zakaźna wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae.

Odpowiadamy wyłącznie za taką żółtą gorączkę, która wymagała hospitalizacji i której rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

Za wystąpienie żółtej gorączki uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony.