



**OGÓLNE
WARUNKI
UBEZPIECZENIA
DODATKOWEGO**

**na wypadek Poważnego
Zachorowania**

Skorowidz

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania (dalej „OWUD”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3; § 8; § 16; § 17; § 18.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt 3–4; § 3 ust. 2–4; § 4; § 16 ust. 2; § 18 ust. 3.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania

Skorowidz	2
Rozdział 1. Postanowienia ogólne	4
§ 1. Postanowienia wprowadzające	4
§ 2. Definicje	4
Rozdział 2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania	4
§ 3. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania	4
§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	9
Rozdział 3. Umowa dodatkowa	9
§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej	9
§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej	10
§ 7. Okres ubezpieczenia	10
§ 8. Okres odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA	10
§ 9. Suma ubezpieczenia	10
§ 10. Obniżenie Sumy ubezpieczenia	10
§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej	10
§ 12. Częstotliwość opłacania Składki	10
§ 13. Indeksacja Składki	10
§ 14. Przedłużenie Umowy dodatkowej	10
§ 15. Rozwiązanie Umowy dodatkowej	11
Rozdział 4. Świadczenia	11
§ 16. Wysokość Świadczenia	11
§ 17. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności	11
§ 18. Wypłata Świadczenia	12
Rozdział 5. Postanowienia końcowe	12
§ 19. Pozostałe postanowienia	12
§ 20. Data wejścia w życie OWUD i data uchwały	12
Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji	13

ROZDZIAŁ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się do umów Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania zawieranych przez Pramerica Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółkę Akcyjną.
2. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania stanowią integralną część Umowy dodatkowej zawartej na ich podstawie.
3. Zawarcie i obowiązywanie Umowy dodatkowej uzależnione jest od zawarcia i obowiązywania Umowy podstawowej.
4. Polisa może regulować prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia, w tym Umowy dodatkowej, w sposób odbiegający od niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania.

§ 2. DEFINICJE

1. W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania, zwanych dalej „OWUD”, w Polisie, załącznikach, aneksach oraz we wszelkich dokumentach wystawianych w związku z Umową ubezpieczenia wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Data zdarzenia ubezpieczeniowego** oznacza:
 - a) w odniesieniu do Poważnej operacji – dzień jej przeprowadzenia,
 - b) w odniesieniu do Poważnego zachorowania – dzień wstępnej diagnozy Poważnego zachorowania, chyba że w definicjach poszczególnych Poważnych zachorowań wskazano inaczej (rozdz. 2 § 3 ust. 3);
 - 2) **Okres ubezpieczenia** – okres pomiędzy dniem rozpoczęcia odpowiedzialności i dniem zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej. Wymienione daty podane są w Polisie;
 - 3) **Poważna operacja** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w szpitalu w związku z chorobą lub uszkodzeniem ciała Ubezpieczonego przez lekarza o specjalności zabiegowej. W zakresie ubezpieczenia znajdują się wyłącznie operacje zdefiniowane w rozdz. 2 § 3 ust. 4 pkt 1–6;
 - 4) **Poważne zachorowanie** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 3 pkt 1–30;
 - 5) **Składka** – składka z tytułu Umowy dodatkowej, której wysokość, częstotliwość oraz okres opłacania podane są w Polisie;
 - 6) **Składka całkowita** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia, będąca sumą składki z Umowy podstawowej i składek z Umów dodatkowych, której wysokość, częstotliwość oraz okres opłacania podane są w Polisie;
 - 7) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 8) **Świadczenie** – wypłata Ubezpieczonemu przez Pramerica Życie TUIR SA kwoty należnej z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami rozdz. 4 niniejszych OWUD;
 - 9) **Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji** – tabela zawierająca listę Poważnych zachorowań oraz Poważnych operacji będących w zakresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Tabela stanowi integralną część niniejszych OWUD;
 - 10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w Polisie jako ubezpieczony z tytułu Umowy podstawowej oraz Umowy dodatkowej, której życie i zdrowie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia;
 - 11) **Umowa dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania, rozszerzająca przedmiot i zakres Umowy podstawowej, zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Pramerica Życie TUIR SA na podstawie niniejszych OWUD, której zawarcie będzie potwierdzone Polisą lub aneksem do Polisy;
 - 12) **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Pramerica Życie TUIR SA, wskazana w Polisie jako umowa podstawowa;
 - 13) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
 - 14) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA, będące w zakresie ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami rozdz. 2 § 3 ust. 2 niniejszych OWUD.
2. Jeżeli niniejsze OWUD nie stanowią inaczej, terminy zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej mają takie samo znaczenie w niniejszych OWUD. W szczególności, ilekroć w niniejszych OWUD jest mowa o „Ubezpieczonym” i „Ubezpieczającym”, należy przez to rozumieć odpowiednio „Ubezpieczonego” i „Ubezpieczającego” z ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

ROZDZIAŁ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania obejmuje, z zastrzeżeniem rozdz. 2 § 4, poniższe Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią w okresie odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA z tytułu Umowy dodatkowej:
 - 1) każde z Poważnych zachorowań zdefiniowanych w ust. 3 pkt 1–30 niniejszego paragrafu,
 - 2) każdą z Poważnych operacji zdefiniowanych w ust. 4 pkt 1–6 niniejszego paragrafu,dotyczące Ubezpieczonego, pod warunkiem że Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 30 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego (z zastrzeżeniem rozdz. 2 § 4).

Jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, wówczas zakres ubezpieczenia obejmuje tylko takie zdarzenia, które są skutkiem Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA.
3. Za Poważne zachorowania objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie choroby zdefiniowane poniżej, stwierdzone przez lekarzy z odpowiednią specjalizacją, z zastrzeżeniem wyłączeń i dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
 - 1) Wyłącznie taki **poważny zawał serca**, który oznacza rozpoznanie dokonanej martwicy mięśnia sercowego w następstwie jego ostrego niedokrwienia. Rozpoznanie takie musi być oparte na stwierdzeniu:
 - a) typowego wzrostu stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) oraz
 - b) nowo powstałych zaburzeń kurczliwości ścian komór serca uwidocznionych w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca, oraz

- c) ze współistnieniem co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - powstanie patologicznych załamków Q.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca.

- 2) Wyłącznie taki **zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo**, który oznacza rozpoznanie po raz pierwszy w życiu dokonanej martwicy mięśnia sercowego w następstwie jego ostrego niedokrwienia. Rozpoznanie takie musi być oparte na stwierdzeniu:
- typowego wzrostu stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) oraz
 - ze współistnieniem co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - powstanie patologicznych załamków Q.

W odniesieniu do zawału serca za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez specjalistę kardiologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca.

- 3) Wyłącznie taki **poważny udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Według niniejszych OWUD za następstwa i objawy neurologiczne uznaje się:

- porażenia i niedowłady kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Trwałość któregokolwiek z powyższych następstw lub objawów neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 3 miesiące od daty rozpoznania.

W odniesieniu do poważnego udaru mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za poważny udar mózgu nie uznaje się:

- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (RIND);
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - skutków choroby dekompresyjnej;
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika.
- 4) Wyłącznie taki **udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Według niniejszych OWUD za następstwa i objawy neurologiczne uznaje się:

- porażenia i niedowłady kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do wypłaty Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów przez 3 miesiące od dnia rozpoznania.

W odniesieniu do udaru mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - skutków choroby dekompresyjnej.
- 5) Wyłącznie taki **nowotwór złośliwy**, który oznacza nowotwór złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, z naciekaniem zdrowych tkanek i możliwością tworzenia odległych przerzutów; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaki.

Za nowotwór złośliwy nie uznaje się:

- a) raka nieinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji szyjki macicy CIN 1, CIN 2, CIN 3 ani żadnych zmian przedrakowych, ani zmian opisywanych jako przedinwazyjne lub Tis;
- b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- c) żadnych nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż IB wg klasyfikacji TNM;
- d) raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*);
- e) żadnych nowotworów związanych z AIDS lub z zakażeniem wirusem HIV;
- f) zespołów mielodysplastycznych;
- g) nowotworów łagodnych, guzów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do nowotworu złośliwego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnej diagnozy nowotworu złośliwego przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą.

- 6) Wyłącznie taki **nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- a) stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- b) nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- c) zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- d) raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*), wymagającego zabiegu operacyjnego;
- e) wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego wymagające:
 - i. zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub
 - ii. więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do nowotworu o granicznej złośliwości za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnej diagnozy nowotworu o granicznej złośliwości przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą.

- 7) Wyłącznie taką **niewydolność nerek**, która oznacza końcową postać niewydolności nerek charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do niewydolności nerek za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się odpowiednio: dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.

- 8) Wyłącznie takie **zaawansowane stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza przewlekłą autoimmunologiczną chorobę ośrodkowego układu nerwowego z towarzyszącymi jej ogniskami demielinizacji rozsianymi w mózgu lub w rdzeniu kręgowym.

Stwardnienie rozsiane musi być udokumentowane jednoznaczными wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (CT) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Rozpoznanie zaawansowanego stadium stwardnienia rozsianego obejmuje wystąpienie któregośkolwiek z poniższych nieodwracalnych ubytków neurologicznych powstałych wskutek stwardnienia rozsianego:

- a) niedowładów kończyn;
- b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym;
- c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.

Utrzymywanie się ubytku neurologicznego wymaga potwierdzenia przez specjalistę neurologa nie wcześniej niż 6 miesięcy od dnia tego rozpoznania.

W odniesieniu do zaawansowanego stadium stwardnienia rozsianego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień pierwszego potwierdzenia utrzymywania się któregośkolwiek z powyższych ubytków neurologicznych przez specjalistę neurologa.

- 9) Wyłącznie takie **wczesne stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza przewlekłą autoimmunologiczną chorobę ośrodkowego układu nerwowego z towarzyszącymi jej ogniskami demielinizacji rozsianymi w mózgu lub rdzeniu kręgowym.

Stwardnienie rozsiane musi być udokumentowane jednoznaczными wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (CT) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Do wypłaty Świadczenia z tytułu wczesnego stadium stwardnienia rozsianego nie jest wymagane istnienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.

W odniesieniu do wczesnego stadium stwardnienia rozsianego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnej diagnozy przez specjalistę neurologa.

- 10) Wyłącznie taki **łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność łagodnego histologicznie guza nowotworowego tkanki mózgowej lub opon mózgowych wymagającego usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powodującego trwały ubytek neurologiczny.

W każdym przypadku rozpoznanie powinno zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii.

W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, ropnie, ziarninaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego.

- 11) Wyłącznie taką **chorobę Parkinsona**, która oznacza postępującą, samoistną chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę (neurony dopaminergiczne), spełniającą łącznie kryteria wymienione w punktach a i b poniżej:

- a) stwierdzone postępujące upośledzenie sprawności organizmu mimo leczenia farmakologicznego;
- b) stwierdzenie przez lekarza utrzymującej się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy niezdolności do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
 - i. mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznicy lub kąpeli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
 - ii. odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;

- iii. załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
- iv. ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
- v. przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
- vi. poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.

W odniesieniu do choroby Parkinsona za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia diagnozy przez specjalistę neurologa w oparciu o powyższe kryteria i obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby.

- 12) Wyłącznie taką **chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Świadczenie będzie należne, jeśli w wyniku choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
- 13) Wyłącznie taką **chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Świadczenie będzie należne, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością do:
- a) poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
- 14) Wyłącznie taką **niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego skutkującą niedokrwistością, neutropenią i trombocytopenią (małopłytkowością). Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Świadczenie będzie należne, jeśli zostaną stwierdzone dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
- a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³;
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³;
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
- 15) Wyłącznie takie **odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby A84 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
- 16) Wyłącznie takie **piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Świadczenie jest należne, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu wszystkich wymienionych niżej warunków:
- a) szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
 - b) martwica obejmująca całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska;
 - c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań wykazują następujące cechy:
 - i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie mięszu wątroby;
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wątrobowej.
- 17) Wyłącznie taki **poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie nieszczęśliwego wypadku (tj. nagłego, wywołanego przyczyną zewnętrzną i niezależnego od woli Ubezpieczonego zdarzenia) i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności do:
- a) poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Roszczenie nie będzie zasadne przed zakończeniem leczenia.
- 18) Wyłącznie taką **przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego. Świadczenie będzie należne, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
- a) udokumentowana konieczność przewlekłego stosowania domowej tlenoterapii;
 - b) wynik oceny FEV1 poniżej 50% wartości należnych lub wynik oceny VC poniżej 50% wartości należnych.
- 19) Wyłącznie taką **przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z występującymi przynajmniej dwoma z trzech podanych kryteriów:
- a) utrwaloną żółtaczką;
 - b) wodobrzuszem;
 - c) encefalopatią wątrobową.
- 20) Wyłącznie taką **sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
- 21) Wyłącznie taką **śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności – brak reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne – trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej, śpiączki wynikającej z użycia alkoholu lub innych środków odurzających.
- 22) Wyłącznie taki **tężec**, który wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 23) Wyłącznie takie **wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, które oznacza pierwsze wystąpienie choroby wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. Wyplata Świadczenia jest należna, jeśli zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszą im objawy ogólnoustrojowe i ciężka krwawa biegunka, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.

- 24) Wyłącznie taką **wściekliznę**, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa z rodziny *Rhabdoviridae*.
- 25) Wyłącznie taki **zaawansowany stan otępienny (w tym chorobę Alzheimera)**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimera lub trwałego otępienia innego rodzaju. Choroba Alzheimera jest to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozszaniach zmian zanikowych w korze mózgu. Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych, charakteryzujący się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości. Roszczenie zostanie uznane za zasadne, jeśli zostaną spełnione wszystkie wymienione niżej warunki:
- trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimera lub otępienia innego rodzaju potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych;
 - konieczność sprawowania stałego nadzoru nad chorym;
- a także zaistnieje związek przyczynowy pomiędzy warunkami wymienionymi powyżej a chorobą Alzheimera lub otępieniem innego rodzaju. Zespoły otępienne spowodowane chorobami psychicznymi, nadużywaniem alkoholu, narkotyków lub substancji odurzających są wykluczone z zakresu ubezpieczenia.
- 26) Wyłącznie takie **zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w związku:
- z kontaktem z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych;
 - ze zranieniem podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych.
- Aby uznać zasadność roszczenia, muszą zostać spełnione następujące warunki:
- do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej;
 - Ubezpieczony zgłosił pracodawcy zdarzenie, które mogło być przyczyną Poważnego zachorowania;
 - Ubezpieczony przedstawi ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
 - w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
 - w organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.
- 27) Wyłącznie takie **zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) w wyniku transfuzji krwi i które zostanie potwierdzone złożonymi dokumentami, pod warunkiem że:
- transfuzja krwi została przeprowadzona w okresie odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA z tytułu Umowy dodatkowej oraz
 - osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakiegokolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie.
- 28) Wyłącznie takie **zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwałe deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Za trwałe deficyt neurologiczny uznaje się: utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowicze lub porażenie całkowite (paraliż), upośledzenie umysłowe lub niestabilność emocjonalną. Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną przynajmniej jednej, trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
- poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków;
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- 29) Wyłącznie takie **pierwotne nadciśnienie płucne**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej, w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc, bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Świadczenie będzie należne, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie III wg klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*New York Heart Association, NYHA*) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się wartości średniego ciśnienia w tętnicy płucnej (PAP) powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
- 30) Inną niż wymienione powyżej **chorobę skutkującą utratą samodzielności** w wykonywaniu czynności niezbędnych do życia, tzn. stwierdzoną przez lekarza utrzymującą się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
- mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpeli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
 - odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;
 - załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
 - ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
 - przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
 - poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
- W odniesieniu do choroby skutkującej utratą samodzielności za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia diagnozy utrzymywania się utraty samodzielności w oparciu o powyższe kryterium i obowiązujące standardy medyczne.
4. Za Poważne operacje objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie operacje zdefiniowane poniżej, pod warunkiem ich zalecenia i przeprowadzenia przez lekarzy odpowiednich specjalizacji, z zastrzeżeniem wyłączeń lub dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
- Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej** oznacza wykonaną przez kardiochirurga operację mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów), wykonaną z otwarciem klatki piersiowej. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.

- 2) **Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej** oznacza wykonaną przez kardiochirurga operację mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów), wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznacyniowe.
- 3) **Transplantacja głównych narządów** oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
- 4) **Operacja zastawek serca na otwartym sercu** oznacza przebycie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA z tytułu Umowy dodatkowej.
- 5) **Małoinwazyjna operacja zastawek serca** oznacza przebycie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA z tytułu Umowy dodatkowej.
- 6) **Operacja wszczepienia protezy aortalnej** oznacza przebycie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku urazu;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi wewnątrznacyniowe.

§ 4. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Pramerica Życie TUIR SA nie wypłaci Świadczenia w przypadku następujących chorób zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 3: choroba Parkinsona, zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimer), choroba neuronu ruchowego, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekła niewydolność oddechu, zakażenie HIV, choroba skutkująca utratą samodzielności, jeżeli Data zdarzenia ubezpieczeniowego przypadła (lub co do których wskazanie miało miejsce) w okresie 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej. Natomiast w przypadku chorób: stwardnienie rozsiane, łagodny guz mózgu, choroba Crohna, nowotwory, niewydolność nerek, niedokrwistość aplastyczna, pierwotne nadciśnienie płucne, wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz operacji na naczyniach wieńcowych i operacji zastawek serca okres ten jest skrócony do 90 dni. Powyższe ograniczenia odpowiedzialności nie znajdują zastosowania w razie przedłużenia Umowy dodatkowej.
2. Pramerica Życie TUIR SA wolna jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego było spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - 1) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego pod wpływem narkotyków, alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych, w tym również leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza, o ile stan ten miał wpływ na zajście wypadku;
 - 2) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy lub terroryzmu.
3. Pramerica Życie TUIR SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytała przed zawarciem Umowy dodatkowej, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Jeżeli do zatajenia lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, co powoduje wyłączenie odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA za skutki tych okoliczności.
4. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Pramerica Życie TUIR SA nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że została zatajona choroba Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 3. UMOWA DODATKOWA

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta pod warunkiem zawarcia Umowy podstawowej.
2. Umowę dodatkową zawiera się na podstawie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Zawarcie Umowy dodatkowej zostanie potwierdzone Polisą, a w przypadku gdy Umowa dodatkowa zawierana jest później niż Umowa podstawowa, aneksem do Polisy.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Pramerica Życie TUIR SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które Pramerica Życie TUIR SA zapytała przed zawarciem Umowy dodatkowej we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Pramerica Życie TUIR SA może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przy czym zakres badań zostanie określony przez Pramerica Życie TUIR SA w skierowaniu. Badania przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Pramerica Życie TUIR SA i na koszt Pramerica Życie TUIR SA.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytała Pramerica Życie TUIR SA przed zawarciem Umowy dodatkowej. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mają zastosowanie postanowienia rozdz. 2 § 4 ust. 3 i 4.
5. Pramerica Życie TUIR SA ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego. W takim przypadku zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
6. Pramerica Życie TUIR SA może zaproponować zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD.
7. Jeśli Pramerica Życie TUIR SA zaproponuje zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, wówczas zwróci na to uwagę Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie przy doręczeniu odpowiednio Polisy lub aneksu do Polisy, informując jednocześnie o przystępującym Ubezpieczającemu prawie do zgłoszenia sprzeciwu w terminie 7 dni od dnia otrzymania Polisy lub aneksu do Polisy. Jeśli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w tym terminie, Umowa dodatkowa zostanie uznana za zawartą zgodnie z treścią Polisy lub aneksu do Polisy następnego dnia po upływie tego terminu.

8. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wyrazi zgody na zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką, obniżoną wysokością Sumy ubezpieczenia lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
9. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, Umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem doręczenia przez Pramerica Życie TUIR SA Ubezpieczającemu Polisy lub aneksu do Polisy, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8 niniejszego paragrafu. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej może rozpocząć się innego dnia niż dzień jej zawarcia (rozdz. 3 § 8 ust. 1).

§ 6. WIEK PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczony ukończył 15 lat i ma nie więcej niż 60 lat.

§ 7. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością jej przedłużenia na warunkach określonych w rozdz. 3 § 14 niniejszych OWUD.

§ 8. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAMERICA ŻYCIE TUIR SA

1. Odpowiedzialność Pramerica Życie TUIR SA z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie albo od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy podstawowej (jeżeli przypada on później), ale w żadnym wypadku nie wcześniej niż od dnia zapłacenia w pełnej wysokości pierwszej Składki całkowitej zawierającej Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Koniec odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA z tytułu Umowy dodatkowej następuje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej (rozdz. 3 § 15).

§ 9. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana przez strony Umowy ubezpieczenia i określona kwotowo w Polisie.
2. Pramerica Życie TUIR SA zastrzega sobie prawo do ustalenia minimalnej i maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia, na jaką może zostać zawarta Umowa dodatkowa.

§ 10. OBNIŻENIE SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać obniżona na pisemny wniosek Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego. Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje obniżeniem wysokości Składki.
2. Pramerica Życie TUIR SA może nie zaakceptować wniosku o obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia, jeżeli powodowałoby to zmniejszenie Sumy ubezpieczenia poniżej wartości minimalnej obowiązującej w Pramerica Życie TUIR SA w dniu złożenia wniosku o obniżenie.
3. Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia staje się skuteczne po wyrażeniu zgody przez Pramerica Życie TUIR SA na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia. Wówczas, w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku o obniżenie Sumy ubezpieczenia, Pramerica Życie TUIR SA prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy uwzględniający zmienioną wysokość Składki, Składki całkowitej oraz Sumy ubezpieczenia, informując jednocześnie Ubezpieczonego o wprowadzonych zmianach i ich wpływie na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 11. SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

1. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej jest obliczana na podstawie Sumy ubezpieczenia oraz taryfy Pramerica Życie TUIR SA, w zależności od oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Pramerica Życie TUIR SA w oparciu o czynniki obejmujące Wiek Ubezpieczonego w dniu akceptacji wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jego stan zdrowia, tryb życia, hobby, uprawiane sporty i wykonywany zawód. Wysokość Składki zależy również od częstotliwości jej opłacania, przy czym okres, częstotliwość opłacania oraz wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej są określone w Polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest stała w okresie 5-letnim, z zastrzeżeniem postanowień rozdz. 3 § 10, 12 i 13. W przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres wysokość Składki obliczana jest ponownie zgodnie z postanowieniami rozdz. 3 § 14.

§ 12. CZĘSTOTLIWOŚĆ OPŁACANIA SKŁADKI

1. Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest opłacana jednocześnie ze składką z tytułu Umowy podstawowej oraz na tych samych zasadach (tj. z tą samą częstotliwością i w ten sam sposób).

§ 13. INDEKSACJA SKŁADKI

1. Indeksacja Składki oraz wynikający z niej wzrost Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej następują na zasadach przewidzianych dla indeksacji składki z Umowy podstawowej, zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej.
2. W przypadku skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa do indeksacji Składka ulega podwyższeniu zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, co powoduje wzrost Sumy ubezpieczenia o kwotę obliczoną przez Pramerica Życie TUIR SA. Kwota ta zostanie obliczona na podstawie taryfy składek Pramerica Życie TUIR SA, Wzrost Ubezpieczonego w dniu dokonywania indeksacji oraz kwoty podwyższenia Składki i pozostałego okresu opłacania Składki.
3. Prawo do indeksacji składki z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia prawa do indeksacji składki z tytułu Umowy podstawowej.

§ 14. PRZEDŁUŻENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczający ma prawo do przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy 5-letnie, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 niniejszego paragrafu, bez ponownej oceny przez Pramerica Życie TUIR SA ryzyka ubezpieczeniowego, a w szczególności bez przeprowadzania badań lekarskich.
2. Ubezpieczający ma prawo do przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu przedłużenia Umowy dodatkowej ma nie więcej niż 69 lat.
3. Okres, na jaki przedłużana jest Umowa dodatkowa, będzie krótszy niż 5 lat, w przypadku gdy
 - a) do końca Umowy podstawowej pozostało mniej niż 5 lat lub
 - b) do osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 70 lat pozostało mniej niż 5 lat.W takim przypadku Umowa dodatkowa zostanie przedłużona do końca Umowy podstawowej, lecz nie na dłużej niż do osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 70 lat.
4. Przedłużenie Umowy dodatkowej powoduje ponowne wyliczenie wysokości Składki według taryfy Pramerica Życie TUIR SA aktualnej na dzień przedłużenia Umowy dodatkowej, dla Wzrost Ubezpieczonego w dniu przedłużenia, przy czym wysokość Sumy ubezpieczenia nie ulega zmianie.

5. Pramerica Życie TUIR SA przedstawi Ubezpieczającemu warunki dotyczące przedłużenia Umowy dodatkowej, w tym informację o wysokości Składki, najpóźniej w terminie 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa. Pramerica Życie TUIR SA może zaproponować przedłużenie Umowy dodatkowej na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego stosowanych do umów oferowanych przez Pramerica Życie TUIR SA w dniu przedłużenia.
6. Ubezpieczający ma prawo zrezygnować z możliwości przedłużenia Umowy dodatkowej. W takim przypadku Ubezpieczający poinformuje Pramerica Życie TUIR SA o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
7. Nieprzekazanie przez Ubezpieczającego informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej w terminie określonym w ust. 6 niniejszego paragrafu uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na kolejny okres na warunkach zaproponowanych przez Pramerica Życie TUIR SA.
8. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Pramerica Życie TUIR SA prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy potwierdzający przedłużenie Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki, informując jednocześnie Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy dodatkowej oraz o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu tej umowy.
9. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki w kwocie podanej w aneksie, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu.
10. Jeżeli Ubezpieczający nie przekazał informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej (ust. 6 niniejszego paragrafu) i została ona przedłużona, przysługuje mu prawo do odstąpienia od przedłużonej Umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od daty otrzymania aneksu, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu. W takim przypadku wpłacona Składka z tytułu Umowy dodatkowej, naliczona od daty przedłużenia Umowy dodatkowej, zostanie zwrócona w całości.

§ 15. ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje:
 - 1) z dniem wypłaty Świadczenia, którego wysokość łącznie z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, chyba że strony umowy wyrażą wolę co do dalszego trwania Umowy dodatkowej na warunkach i w zakresie ustalonym na zasadach określonych w rozdz. 4 § 18 ust. 3;
 - 2) z określonym w Polisie dniem zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej (o ile umowa ta nie zostanie przedłużona);
 - 3) w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego wieku 70 lat, przy czym Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego wieku 70 lat;
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy podstawowej;
 - 5) z dniem przekształcenia ubezpieczenia z Umowy podstawowej w Ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej nie stanowią inaczej;
 - 6) w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej zawarciu zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu;
 - 7) w przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej przedłużeniu, zgodnie z rozdz. 3 § 14 ust. 10;
 - 8) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy dodatkowej poprzez doręczenie do Pramerica Życie TUIR SA pisemnego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli Pramerica Życie TUIR SA najpóźniej w dniu zawarcia Umowy dodatkowej nie poinformuje Ubezpieczającego o prawie do odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej Pramerica Życie TUIR SA zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielała ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający ma prawo do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej w każdym czasie. W przypadku złożenia takiego oświadczenia Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem otrzymania przez Pramerica Życie TUIR SA tegoż oświadczenia na piśmie.
4. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej z przyczyny innej niż wymieniona w ust. 1 pkt 1 niniejszego paragrafu Pramerica Życie TUIR SA zwraca Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ 4. ŚWIADCZENIA

§ 16. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Wysokość Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania oraz Poważnej operacji Ubezpieczonego jest równa Sumie ubezpieczenia pomnożonej przez odpowiadający danemu przypadkowi Poważnego zachorowania lub danej Poważnej operacji procent Sumy ubezpieczenia wskazany w Tabeli Poważnych zachorowań i Poważnych operacji.
2. Łączna kwota wypłacanych Świadczeń dla każdej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych poniżej:
 - 1) poważne zawały serca oraz zawały serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo;
 - 2) poważne udary mózgu, udary mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych oraz choroby skutkujące utratą samodzielności;
 - 3) nowotwory złośliwe oraz nowotwory o granicznej złośliwości;
 - 4) różne stadia stwardnienia rozsianego;
 - 5) operacje na naczyniach wieńcowych;
 - 6) operacje zastawek serca;
 - 7) choroby skutkujące utratą samodzielności oraz choroba Parkinsona, choroba neuronu ruchowego, poważny uraz głowy, zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera), zapalenie mózgu;ograniczona jest do 100% Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej.

§ 17. DOKUMENTY WYMAGANE DO USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Do ustalenia odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA wymagane są następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w szczególności:

- a) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - b) opinia lekarza prowadzącego;
 - c) wyniki badań potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania lub dokumenty potwierdzające przebycie Poważnej operacji;
 - d) karta wypisu ze szpitala;
 - e) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - f) inne dokumenty wymagane zgodnie z rozdz. 2 § 3 ust. 3.
2. Pramerica Życie TUIR SA może wymagać od osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA. Rozpatrując wniosek o wypłatę Świadczenia, Pramerica Życie TUIR SA poinformuje osobę uprawnioną o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności.
 3. W celu ustalenia prawa do Świadczenia Pramerica Życie TUIR SA może wymagać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Zakres badań podany będzie w skierowaniu, a ich koszt pokrywa Pramerica Życie TUIR SA.
 4. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W takim przypadku osoba uprawniona z tytułu Umowy dodatkowej jest zobowiązana do dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia prawa do Świadczenia przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 5. Wszelkie dokumenty konieczne do ustalenia odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA muszą być dostarczone w oryginałach, urzędowych odpisach lub kopiach poświadczonych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub poświadczonych przez Pramerica Życie TUIR SA na podstawie oryginału.

§ 18. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zawiadomienie o tym zdarzeniu powinno być złożone do Pramerica Życie TUIR SA nie wcześniej niż po 30 dniach od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego (określonej w rozdz. 1 § 2 ust. 1 pkt 1).
3. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, którego wysokość wraz z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego osiągnie łącznie kwotę 100% Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej (co stanowi podstawę do rozwiązania Umowy dodatkowej zgodnie z rozdz. 3 § 15 ust. 1 pkt 1), Pramerica Życie TUIR SA zaproponuje kontynuację ubezpieczenia poprzez zawarcie nowej Umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD. W takim przypadku Pramerica Życie TUIR SA zaproponuje warunki, na jakich może zostać zawarta nowa Umowa dodatkowa, w tym wykaz Poważnych zachorowań i Poważnych operacji objętych zakresem ubezpieczenia (z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostaną wyłączone Poważne zachorowanie lub Poważna operacja, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał już Świadczenie, oraz Poważne zachorowania i Poważne operacje pozostające w medycznym związku przyczynowo-skutkowym z tym Poważnym zachorowaniem lub z tą Poważną operacją).

ROZDZIAŁ 5. POSTANOWIENIA KOŃCOWE


§ 19. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

1. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej staje się ona integralną częścią Umowy ubezpieczenia i podlega interpretacji łącznie z Umową podstawową (z zastrzeżeniem możliwości rozwiązania Umowy dodatkowej przed terminem rozwiązania Umowy podstawowej).
2. W sprawach nieregulowanych w niniejszych OWUD stosuje się odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

§ 20. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWUD I DATA UCHWAŁY

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania zostały zatwierdzone uchwałą nr 3/4/2018 Zarządu Pramerica Życie TUIR SA z dnia 18 kwietnia 2018 r. i wchodzi w życie z dniem 30 kwietnia 2018 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Pramerica Życie TUIR SA

Helena Gosk



Wiceprezes Zarządu
Pramerica Życie TUIR SA

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ I POWAŻNYCH OPERACJI

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania zatwierdzona wraz z wymienionymi OWUD uchwałą nr 3/4/2018 Zarządu Pramerica Życie TUIR SA z dnia 18 kwietnia 2018 r.

Niniejsza Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji zawiera listę Poważnych zachorowań oraz Poważnych operacji będących w zakresie umowy Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania.

Zakres ubezpieczenia został określony w rozdz. 2 wymienionych OWUD.

Lp. Poważne zachorowanie lub Poważna operacja	Procent Sumy ubezpieczenia
1. Poważny zawał serca	100%
2. Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo	25%
3. Poważny udar mózgu	100%
4. Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych	25%
5. Nowotwór złośliwy	100%
6. Nowotwór o granicznej złośliwości	25%
7. Niewydolność nerek	100%
8. Zaawansowane stadium stwardnienia rozsianego	100%
9. Wczesne stadium stwardnienia rozsianego	25%
10. Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu	100%
11. Choroba Parkinsona	100%
12. Choroba Crohna	100%
13. Choroba neuronu ruchowego	100%
14. Niedokrwistość aplastyczna	100%
15. Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	50%
16. Piorunujące zapalenie wątroby	100%
17. Poważny uraz głowy	100%
18. Przewlekła niewydolność oddechowa	100%
19. Przewlekła niewydolność wątroby	100%
20. Sepsa	50%
21. Śpiączka	50%
22. Tężec	50%
23. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	100%
24. Wścieklizna	50%
25. Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)	100%
26. Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego	50%
27. Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	50%
28. Zapalenie mózgu	100%
29. Pierwotne nadciśnienie płucne	50%
30. Choroba skutkująca utratą samodzielności	25%
31. Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej	100%
32. Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej	25%
33. Transplantacja głównych narządów	100%
34. Operacja zastawek serca na otwartym sercu	100%
35. Małoinwazyjna operacja zastawek serca	25%
36. Operacja wszczepienia protezy aortalnej	100%



Pramerica Życie TUIR SA
al. Jana Pawła II 17
00-854 Warszawa
tel. +48 22 329 30 00

infolinia: 800 33 55 33

www.pramerica.pl



PRAMERICA ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ I REASEKURACJI SPÓŁKA AKCYJNA,

al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy w wysokości 60 000 000 złotych w całości opłacony.