SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Dobrze wiedzieć, że jest SIGNAL IDUNA.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z tytułu POWAŻNEGO ZACHOROWANIA oraz ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

Kilka słów o umowie dodatkowej

Co ubezpieczamy

Twoje zdrowie w przypadku poważnego zachorowania

Co obejmuje ubezpieczenie

chorobę, uraz, operację chirurgiczną, a także zakwalifikowanie do przeszczepu narządu jako biorca, jak również realizację świadczeń assistance w razie wystąpienia nowotworu złośliwego lub zawału serca bądź udaru mózgu

UBEZPIECZENIE MOŻESZ ZAWRZEĆ W WARIANCIE PODSTAWOWYM LUB ROZSZERZONYM. DOKŁADNY WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ ZNAJDUJE SIĘ W ZDEFINIOWANYM KATALOGU.

Kogo ubezpieczamy

osobę fizyczną w wieku od 18 lat do 60 lat

Kiedy możesz kupić polisę

wraz z umową główną lub w trakcie jej trwania – w rocznicę umowy głównej

Na jak długo ubezpieczamy

na 5 lat z możliwością przedłużenia

PRZEDŁUŻENIE UMOWY DODATKOWEJ NASTĘPUJE NA 5 LAT LUB NA OKRES 4, 3, 2, 1 ROKU (PRZY ZACHOWANIU KRYTERIUM WIEKU).

Co zyskujesz

wsparcie finansowe oraz pomoc w przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania

Dodatkowe możliwości

- podwyższenie sumy ubezpieczenia
- obniżenie sumy ubezpieczenia
- zmiana częstotliwości opłacania składek

PAMIĘTAJ, WSZELKIE ZMIANY MOŻESZ DOKONAĆ WYŁĄCZNIE W ROCZNICĘ UMOWY UBEZPIECZENIA. SUMĘ UBEZPIECZENIA MOŻESZ PODWYŻSZYĆ OD PIERWSZEJ ROCZNICY UMOWY UBEZPIECZENIA, A OBNIŻYĆ OD DRUGIEJ ROCZNICY. ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA SKŁADEK POWODUJE RÓWNIEŻ ZMIANĘ NA UMOWIE GŁÓWNEJ.

Gdzie znajdziesz szczegóły ubezpieczenia

w poniższych OWUUD – dokument został tak przygotowany, aby w łatwy sposób można było odszukać interesujący Cię zapis. Znaczenie pojęć stosowanych w OWUUD odnajdziesz w definicjach

Gdzie szukać pomocy w razie dodatkowych pytań

+ 48 22 50 56 100 (pon.-pt. 8-17)

info@signal-iduna.pl

Pomyśl o bezpieczeństwie swoim i swoich najbliższych.

SIGNAL IDUNA, dla Ciebie i Twojej rodziny.

Informacje dotyczące

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ

Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

Rodzaj informacji	Numer paragrafu
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ust. 3, § 4, § 9 ust. 2, z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 oraz katalogu poważnych zachorowań stanowiącego załącznik nr 1 do OWUUD i katalogu świadczeń assistance stanowiącego załącznik nr 2 do OWUUD
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 4 – ust. 5, § 9 ust. 3 – ust. 7, § 14, § 15, z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2 oraz katalogu poważnych zachorowań stanowiącego załącznik nr 1 do OWUUD i katalogu świadczeń assistance stanowiącego załącznik nr 2 do OWUUD

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (kod: IL_R_PZ_2022_10)

Spis treści

§ 1 Postanowienia ogólne 4
§ 2 Definicje 4
§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia poważnego zachorowania 5
§ 4 Przedmiot i zakres ubezpieczenia assistance 5
§ 5 Ubezpieczony 5
§ 6 Okres ubezpieczenia 5
§ 7 Zawarcie umowy dodatkowej 5
§ 8 Przedłużenie umowy dodatkowej 5
§ 9 Wypłata świadczeń w razie poważnego zachorowania 6
§ 10 Realizacja świadczeń assistance 6
§ 11 Uprawnieni do świadczenia 6
§ 12 Podwyższenie i obniżenie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania 6
§ 13 Wysokość składki 6
§ 14 Wyłączenia odpowiedzialności w razie poważnego zachorowania 6
§ 15 Wyłączenia odpowiedzialności w zakresie świadczeń assistance 7
§ 16 Postanowienia końcowe 7
Załącznik 1 do OWUUD z tytułu poważnego zachorowania oraz świadczeń assistance KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ 8
Załącznik 2 do OWUUD z tytułu poważnego zachorowania oraz świadczeń assistance KATALOG ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE 17
TABELA LIMITÓW UBEZPIECZENIE UMOWY DODATKOWEJ Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA 19

§ 1.
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej z tytułu poważnego zachorowania oraz świadczeń assistance (zwane dalej OWUUD), stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwanym dalej SIGNAL IDUNA) a Ubezpieczającym jako umowa dodatkowa do umowy głównej.

§ 2.
DEFINICJE

ZWRÓĆ UWAGĘ NA DEFINICJE

We wszelkich dokumentach związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy dodatkowej zawartej na podstawie OWUUD, używa się terminów, które zdefiniowane są następująco:

1. **Badania i zabiegi ambulatoryjne** – zabiegi i badania przeprowadzane u Ubezpieczonego w związku z poważnym zachorowaniem ze wskazań medycznych, w ramach posiadanego skierowania, w zakresie procedur medycznych wymienionych w katalogu świadczeń assistance.
2. **Centrum alarmowe** – jednostka organizacyjna uprawniona do przyjmowania i zlecania realizacji świadczeń wynikających z OWUUD.
3. **Czynności życia codziennego** – wykonywanie samodzielnie (bez pomocy innych osób) następujących czynności:
   a) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem) lub umycie się w inny sposób,
   b) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
   c) spożywanie przyrządzonych i podanych posiłków,
   d) korzystanie z toalety lub kontrolowanie wydalania moczu i stolca, tak by możliwe było utrzymanie higieny osobistej,
   e) poruszanie się po płaskiej powierzchni.
4. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
5. **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
6. **Katalog poważnych zachorowań** – katalog chorób, urazów i operacji chirurgicznych dotyczących zdrowia Ubezpieczonego oraz zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu, w podziale na warianty wraz z definicjami, stanowiący załącznik 1 do OWUUD.
7. **Katalog świadczeń assistance** – katalog świadczeń assistance przysługujących Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nowotworu złośliwego lub zawału serca bądź udaru mózgu, stanowiący załącznik 2 do OWUUD.
8. **Lekarz** – osoba, która posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
9. **Lekarz centrum alarmowego** – lekarz konsultant centrum alarmowego.
10. **Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym po poważnym zachorowaniu, nie będący lekarzem centrum alarmowego.
11. **Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazany podczas zawierania umowy dodatkowej.
12. **Neuroforma** – udostępniona Ubezpieczonemu aplikacja neurorehabilitacyjna (oprogramowanie komputerowe), za której pośrednictwem Ubezpieczony uzyskuje dostęp do modułów ćwiczeniowych, umożliwiających mu samodzielne wykonywanie ćwiczeń angażujących jednocześnie funkcje ruchowe i poznawcze.
13. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną niezależną od woli Ubezpieczonego.
14. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
15. **Poważne zachorowanie** – choroba, uraz i operacja chirurgiczna dotycząca zdrowia Ubezpieczonego oraz zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu, wskazane i opisane w katalogu poważnych zachorowań.
16. **Sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego.
17. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne funkcjonowanie lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny w rozumieniu OWUUD to: piłki, taśmy lub wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guziczej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
18. **Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania** – kwota określona w polisie stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania przewidzianego w umowie dodatkowej.
19. **Szpital** – działający na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stacjonarnych i specjalnie przystosowanych do tego celu pomieszczeniach, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, w tym infrastrukturą niezbędną do przeprowadzania zabiegów chirurgicznych, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską, w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie cią-

głym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Za szpital nie uznaje się:
   a) domu opieki, ośrodka opieki społecznej, ośrodka opieki geriatrycznej, ośrodka dla psychicznie chorych, zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego;
   b) placówki, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
   c) ośrodka zdrowia rekonwalescencyjnego, rehabilitacyjnego, sanatoryjnego, uzdrowiskowego i prewentoryjnego;
   d) szpitala sanatoryjnego, rehabilitacyjnego, uzdrowiskowego i szpitalnego oddziału lub pododdziału rehabilitacyjnego.
20. **Świadczenie sanatoryjne** – organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w sanatorium.
21. **Tabela limitów** – dokument zawierający stawki limitów stosowanych w umowie dodatkowej, stanowiący załącznik 3 do OWUUD.
22. **Trwały ubytek neurologiczny** – zaburzenia neurologiczne, spowodowane w wyniku uszkodzenia poszczególnych struktur obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, powodujące długotrwałe i nieodwracalne ograniczenie sprawności organizmu Ubezpieczonego, które zostały potwierdzone przez lekarza neurologa wynikami badań neurologicznych i badań obrazowych (TK lub RM) w oparciu o dokumentację medyczną. Za trwały ubytek neurologiczny uznaje się porażenie i niedowład kończyn, zespół pozapiramidowy i móżdżkowy, epilepsja, zespół podwzgórzowy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielniczego pochodzenia ośrodkowego, uszkodzenie ośrodkowe nerwów czaszkowych, zaburzenia mowy, encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu), przy czym rozpoznanie encefalopatii musi zostać potwierdzone wynikami badań psychiatrycznych lub neuropsychologicznych.
23. **Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej umowy głównej, zawierana na podstawie OWUUD.
24. **Umowa główna** – umowa ubezpieczenia, zawarta przez Ubezpieczającego z SIGNAL IDUNA, której zakres obejmuje ryzyko śmierci lub ryzyko śmierci i dożycia Ubezpieczonego.
25. **Zdarzenie ubezpieczeniowe: w ubezpieczeniu poważnego zachorowania wystąpienie poważnego zachorowania, a przy realizacji świadczeń assistance** – wystąpienie nowotworu złośliwego lub zawału serca bądź udaru mózgu, w którego wyniku stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga:
   a) diagnostyki w postaci konsultacji lekarskiej oraz badań i zabiegów ambulatoryjnych, uzasadnionych z medycznego punktu widzenia;
   b) leczenia polegającego na zakupie lekarstw i opatrunków oraz zastosowaniu materiałów leczniczych.

§ 3.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

CO UBEZPIECZAMY

1. SIGNAL IDUNA ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta w jednym z dwóch wariantów: podstawowym lub rozszerzonym. Wariant ubezpieczenia jest wskazany w polisie. Zakres wariantów jest określony w katalogu poważnych zachorowań.

CO OBEJMUJEMY UBEZPIECZENIEM

3. Ubezpieczenie obejmuje poważne zachorowania objęte ochroną ubezpieczeniową zgodnie z wariantem ubezpieczenia wskazanym w polisie, które wystąpiły lub zostały przeprowadzone w okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania
   1) dla wariantu podstawowego: nowotworu złośliwego,
   2) dla wariantu rozszerzonego:
      a) nowotworu złośliwego,
      b) łagodnego guza mózgu,
      c) niedokrwistości aplastycznej.

   w okresie pierwszych 90 dni okresu ubezpieczenia wypłacane jest świadczenie w wysokości równowartości wpłaconych składek z tytułu umowy dodatkowej w tym okresie, a umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z chwilą wypłaty tego świadczenia. Ograniczenia tego nie stosuje się w przypadku przedłużenia umowy dodatkowej.
5. W okresie pierwszych 90 dni od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania SIGNAL IDUNA udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zaistnienia poważnych zachorowań określonych w umowie dodatkowej, z wyłączeniem:
   1) dla wariantu podstawowego: nowotworu złośliwego,
   2) dla wariantu rozszerzonego:
      a) nowotworu złośliwego,
      b) łagodnego guza mózgu,
      c) niedokrwistości aplastyczna.

   Ograniczenie to ma zastosowanie wyłącznie do tej części sumy ubezpieczenia z tytułu poważnych zachorowań, o jaką została ona podwyższona.

§ 4.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA ASSISTANCE

Ubezpieczonemu przysługują świadczenia assistance wskazane w tabeli świadczeń assistance w razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia nowotworu złośliwego lub zawału serca bądź udaru mózgu objętego odpowiedzialnością SIGNAL IDUNA.

§ 5.

UBEZPIECZONY

KOGO UBEZPIECZMY

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 61 roku życia.

§ 6.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na 5 lat.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie z umową główną lub w rocznicę umowy ubezpieczenia.

KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA.

3. Umowa dodatkowa wygasa oraz ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszej z dat i sytuacji:
   1) upływu okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia,
   2) wygaśnięcia umowy głównej, odstąpienia od niej lub jej wypowiedzenia, w tym w razie nieopłacenia składki w terminie, jak też w razie złożenia wniosku o wykup, jeżeli taki przewiduje umowa główna – z dniem określonym w umowie głównej,
   3) wyczerpania wskutek wypłaty świadczeń z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania limitu procentowego przypadającego na daną umowę dodatkową w jednym okresie ubezpieczenia, określonego w tabeli limitów,
   4) wypłaty świadczeń zgodnie z § 3 ust. 4 oraz § 9 ust. 3 i ust. 5.

§ 7.

ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa jest zawierana na podstawie wniosku Ubezpieczającego. SIGNAL IDUNA przed zawarciem umowy dodatkowej może wymagać dołączenia do wniosku dodatkowych dokumentów, a w szczególności:
   1) ankiety lub kwestionariusza medycznego,
   2) dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Ubezpieczonego.
2. SIGNAL IDUNA może na swój koszt, przed zawarciem umowy dodatkowej, skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

§ 8.

PRZEDŁUŻENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia SIGNAL IDUNA może zaproponować przedłużenie umowy dodatkowej, jeśli łączna kwota świadczeń z tytułu ubezpieczenia poważnego zachorowania nie wyczerpała limitu procentowego przypadającego na daną umowę dodatkową w jednym okresie ubezpieczenia, określonego w tabeli limitów.
2. Przedłużenie umowy dodatkowej następuje na okres 5 lat. Jednakże, jeśli do końca umowy głównej lub do rocznicy umowy ubezpieczenia, która nastąpi po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia zostało mniej niż 5 lat, umowę dodatkową można przedłużyć odpowiednio na okres 4, 3, 2, 1 roku.
3. Wpłatę składki w wysokości uwzględniającej umowę dodatkową uważa się za wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na przedłużenie umowy dodatkowej, zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez SIGNAL IDUNA. Wpłata składki powinna zostać dokonana w terminie płatności składki z umowy głównej.
4. Przedłużenie umowy dodatkowej następuje na okres następujący bezpośrednio po zakończeniu dotychczasowej umowy dodatkowej.
5. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużonej umowy dodatkowej objęty jest ten sam Ubezpieczony.
6. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta na warunkach odmiennych od wnioskowanych, to jej przedłużenie nastąpi z uwzględnieniem tych warunków.

§ 9.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Ubezpieczyciel powinien zostać powiadomiony o wystąpieniu poważnego zachorowania objętego umową dodatkową.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania stanowi sumę ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania wskazanego w katalogu poważnych zachorowań.

CO OTRZYMASZ W RAMACH WARIANTU ROZSZERZONEGO

3. W ramach wariantu podstawowego przysługuje wyłącznie jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej.
4. W ramach wariantu rozszerzonego obowiązuje podział na grupy poważnych zachorowań, zgodnie z katalogiem poważnych zachorowań:
   1) z grupy 1 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej w zakresie grupy 1,
   2) z grupy 2 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej w zakresie grupy 2,
   3) z grupy 3 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej w zakresie grupy 3,
   4) z grupy 4 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej w zakresie grupy 4,
   5) z grupy 5 przysługuje wyłącznie jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej w zakresie grupy 5.
5. W ramach wariantu rozszerzonego wypłata drugiego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania powoduje wygaśnięcie umowy dodatkowej.
6. SIGNAL IDUNA nie wypłaci świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w razie śmierci Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania.
7. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego SIGNAL IDUNA zobowiązana jest do wypłaty wyłącznie jednego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, niezależnie od umiejscowienia, liczby i rodzajów nowotworów złośliwych.

CO ZROBIĆ, ŻEBY OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE

8. SIGNAL IDUNA wypłaca świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na podstawie wniosku o wypłatę złożonego wraz z następującymi dokumentami:
   1) kopią dokumentu potwierdzającą tożsamość Ubezpieczonego,
   2) dokumentem potwierdzającym wystąpienie poważnego zachorowania:
      a) kartą wypisu ze szpitala,
      b) dokumentacją potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej,
      c) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia świadczenia z tytułu poważnego zachorowania – na wniosek SIGNAL IDUNA.

§ 10.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

ZWRÓĆ UWAGĘ JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE PRZY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. SIGNAL IDUNA realizuje świadczenia assistance za pośrednictwem Centrum alarmowego. Centrum alarmowe jest dostępne całą dobę, we wszystkie dni w roku pod następującym numerem telefonu (22) 563 11 70. Do zakresu działalności Centrum alarmowego należy:
   1) przyjmowanie zgłoszeń i rejestracja zgłoszonych zdarzeń;
   2) weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie katalogu świadczeń assistance;
   3) rozpatrywanie roszczeń z tytułu ubezpieczenia assistance;
   4) realizacja świadczeń z tytułu ubezpieczenia assistance.
2. W celu realizacji świadczeń assistance należy przesłać do Centrum alarmowego następujące dokumenty, niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
   1) dokumentację medyczną sporządzoną przez lekarza prowadzącego w związku z poważnym zachorowaniem, zawierającą datę wystąpienia poważnego zachorowania;
   2) kopię skierowania od lekarza prowadzącego do przeprowadzenia badań lub zabiegów ambulatoryjnych;
   3) kopię zalecenia od lekarza prowadzącego do zakupu lekarstw, opatrunków, materiałów leczniczych oraz kopie rachunków i dowodów zapłaty za te przedmioty.
3. Centrum alarmowe w terminie 3 dni roboczych poinformuje Ubezpieczonego, czy zaistniałe zdarzenie stanowi poważne zachorowanie uprawniające do udzielenia świadczeń assistance.
4. Koszty badań i zabiegów ambulatoryjnych, a także innych świadczeń assistance pokrywane są przez centrum alarmowe bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia, chyba że w katalogu świadczeń assistance wskazano inaczej.

§ 11.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

Prawo do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania oraz świadczeń assistance przysługuje Ubezpieczonemu.

§ 12.

PODWYŻSZENIE I OBNIŻENIE SUMY UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Podwyższenie i obniżenie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania odbywa się na wniosek Ubezpieczającego, po zaakceptowaniu wniosku przez SIGNAL IDUNA, z zachowaniem limitów określonych w tabeli limitów. W szczególności suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania zostanie podwyższona lub obniżona pod warunkiem opłacenia wszystkich wymaganych składek.
2. Podwyższenie i obniżenie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania odbywa się w rocznicę umowy ubezpieczenia, z tym że suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania może zostać obniżona najwcześniej w drugą rocznicę umowy ubezpieczenia.
3. Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania SIGNAL IDUNA może zwrócić się z wnioskiem o:
   1) udostępnienie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   2) poddanie się przez Ubezpieczonego na koszt SIGNAL IDUNA badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Zmiana sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania powoduje zmianę wysokości składki.
5. Zmiana sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania jest potwierdzona polisą.

§ 13.

WYSOKOŚĆ SKŁADKI

1. Składka za umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek w chwili zawarcia umowy dodatkowej lub jej przedłużenia, która zależy od:
   1) wieku Ubezpieczonego,
   2) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania,
   3) okresu ubezpieczenia,
   4) szczególnych warunków na jakich zawarto umowę główną i umowę dodatkową,
   5) częstotliwości opłacania składki,
   6) wariantu ubezpieczenia.
2. Składka za umowę dodatkową jest opłacana razem ze składką za umową główną.

ZWRÓĆ UWAGĘ W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NASZA ODPOWIEDZIALNOŚĆ JEST OGRANICZONA

§ 14.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

SIGNAL IDUNA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania, jeżeli poważne zachorowanie jest następstwem:
   1) zdarzeń i okoliczności wyłączających odpowiedzialność SIGNAL IDUNA z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazanych w umowie głównej;
   2) nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
   3) okoliczności znanych Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, których Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie podał do wiadomości SIGNAL IDUNA, a o które był pytany przed zawarciem umowy dodatkowej lub jej przedłużeniem albo przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub zmianą wariantu ubezpieczenia;
   4) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu farmakologicznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym lub paramedycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza;

5) spożywania lub pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, psychotropowych lub innych środków alternatywnych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zleconych przez lekarza.

ZWRÓĆ UWAGĘ W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NASZA ODPOWIEDZIALNOŚĆ JEST OGRANICZONA

§ 15.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. SIGNAL IDUNA nie zrealizuje świadczeń assistance w razie wystąpienia nowotworu złośliwego lub zawału serca bądź udaru mózgu Ubezpieczonego powstałych w następstwie:
   1) zdarzeń i okoliczności wyłączających odpowiedzialność SIGNAL IDUNA z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazanych w umowie głównej;
   2) nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego;
   3) spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) spożywania lub pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, psychotropowych lub innych środków alternatywnych w rozumieniu obowiązujących przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zleconych przez lekarza.
   5) winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.
2. SIGNAL IDUNA nie pokrywa kosztów leków, środków pielęgnacyjnych, opatrunków i środków czystości, a także innych kosztów zdarzenia ubezpieczeniowego powstałych w wyniku:
   1) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
   2) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania.
3. Jeżeli udzielenie świadczenia assistance wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej w określonej formie, SIGNAL IDUNA nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona lub została wyrażona w niewłaściwej formie, pod warunkiem, że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej zgody lub wyrażenia jej w niewłaściwej formie.

§ 16.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUUD mają zastosowanie postanowienia Ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej. W szczególności, jeżeli OWUUD nie stanowią inaczej, określenia zdefiniowane w Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy głównej używane są w tym samym znaczeniu.
2. Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej z tytułu poważnego zachorowania oraz świadczeń assistance zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 72/Z/2022 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 19 października 2022 roku i mają zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od dnia 20 października 2022 roku.

Wiceprezes Zarządu
Adam Malinowski

Wiceprezes Zarządu
Agnieszka Kiełbasińska

ZAŁĄCZNIK 1 DO OWUUD Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

TABELA A

WARIANT PODSTAWOWY

L.p.	Choroba	Definicja
A.1	**Ciężkie oparzenie wymagające leczenia szpitalnego**	Uszkodzenie skóry i jej tkanek spowodowane czynnikiem termicznym, chemicznym lub elektrycznym. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są oparzenia wymagające leczenia szpitalnego: a) co najmniej trzeciego stopnia stanowiące ponad 20% całkowitej powierzchni ciała lub b) drugiego stopnia stanowiące ponad 40% całkowitej powierzchni ciała. W przypadku, gdy zostaną spełnione oba warunki wskazane powyżej w punktach a) i b) łącznie, wówczas wypłacone zostanie jedno świadczenie. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza w sporządzonej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Ocena powierzchni oparzenia dokonywana jest na podstawie określonej przez Lekarza metody (np. reguła „dziewiątek" Wallace'a lub tablica Lunda i Browdera). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są oparzenia słoneczne. Za datę wystąpienia ciężkiego oparzenia uważa się dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie oparzenia, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
A.2	**Leczenie chirurgiczne choroby naczyń wieńcowych**	Operacja chirurgiczna przeprowadzona za pomocą torakotomii, polegająca na wszczepieniu pomostów naczyniowych (tzw. by-passów), w celu ominięcia zwężonej lub niedrożnej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub Lekarza kardiochirurga wynikami badań obrazowych (angiografia wieńcowa). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszelkie zabiegi wewnątrznaczyniowe, wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej (angioplastyka naczyń wieńcowych, cewnikowanie naczyń wieńcowych, zabiegi wykorzystujące techniki laserowe). Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego choroby naczyń wieńcowych uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
A.3	**Nowotwór złośliwy**	Choroba nowotworowa, której objawem jest niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie tkanek w organizmie. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są również: a) białaczka, b) chłoniak złośliwy, c) ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), d) złośliwe nowotwory szpiku kostnego, e) nowotwory skóry dające przerzuty. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza onkologa lub Lekarza histopatologa wynikami badania histopatologicznego lub w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego bądź limfatycznego wynikami badań cytologicznych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, b) wszelkie zmiany przedrakowe, c) rak nieinwazyjny („in situ"), d) dysplazja szyjki macicy, e) rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3, f) rak gruczołu krokowego (prostaty) w stopniu T-1 (w tym T1a i T1b) według klasyfikacji TNM lub odpowiadający jemu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji, g) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (≤1 mm poziom II lub III bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC, h) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i kolczystokomórkowy skóry, i) wszelkie nowotwory występujące przy współistnieniu zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS. Za datę wystąpienia nowotworu złośliwego uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
A.4	**Przeszczep dużych narządów**	Leczenie chirurgiczne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jako biorcy jednego lub kilku poniżej wymienionych narządów: a) trzustki, b) serca, c) co najmniej jednego płata wątroby, d) płuca, e) nerki. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest również zakwalifikowanie Ubezpieczonego na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie jednego z wyżej wymienionych narządów. Kwalifikacja do przeszczepu musi zostać potwierdzona przez Lekarza w oparciu o dokumentację medyczną stwierdzającą nieodwracalną, schyłkową niewydolność narządu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) przeszczepy części narządów (z wyłączeniem przeszczepu płata wątroby), b) przeszczepy tkanek lub komórek. Za datę wystąpienia przeszczepu dużych narządów uważa się: a) dzień przeprowadzenia przeszczepu, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub b) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
A.5	**Przeszczep szpiku kostnego**	Leczenie chirurgiczne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jako biorcy krwiotwórczych komórek macierzystych. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest również zakwalifikowanie Ubezpieczonego na Krajową Listę Oczekujących na przeszczepienie szpiku kostnego. Kwalifikacja do przeszczepu musi zostać potwierdzona przez Lekarza w oparciu o dokumentację medyczną stwierdzającą całkowitą ablację (zniszczenie) szpiku własnego biorcy. Za datę wystąpienia przeszczepu szpiku kostnego uważa się: a) dzień przeprowadzenia przeszczepu szpiku kostnego, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub b) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na Krajową Listę Oczekujących, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

A.6	**Schyłkowa niewydolność nerek**	Choroba znajdująca się w fazie schyłkowej, powodująca trwałą i nieodwracalną utratę prawidłowej czynności obu nerek. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki schyłkowej niewydolności nerek wymagające zastosowania stałej i regularnej dializoterapii lub przeprowadzenia przeszczepu nerki. Wskazanie do dializoterapii lub przeszczepu nerki musi zostać potwierdzone przez Lekarza nefrologa. Za datę wystąpienia schyłkowej niewydolności nerek uważa się: a) dzień rozpoczęcia dializoterapii, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub b) dzień przeprowadzenia przeszczepu nerki, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
A.7	**Udar mózgu**	Martwica (uszkodzenie) tkanki mózgowej, spowodowana nagłym zaburzeniem krążenia wewnątrzmózgowego (zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego), powodująca wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badań obrazowych (TK lub RM), wskazujące na obecność nowych zmian naczyniopochodnych w tkance mózgowej, świadczących o świeżo przebytym udarze mózgu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) przebyty bezobjawowy udar mózgu, rozpoznany w oparciu o wyniki badań obrazowych, b) przemijające napady niedokrwienia mózgu (TIA), c) przedłużający się odwracalny deficyt neurologiczny (PRIND), d) wtórny krwotok do ogniska poudarowego, e) uszkodzenia mózgu w wyniku krwawienia śródczaszkowego spowodowanego urazem lub niedotlenieniem, f) choroby naczyń krwionośnych powodujące nieprawidłowe funkcjonowanie narządu wzroku (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia równowagi. Za datę wystąpienia udaru mózgu uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
A.8	**Utrata wzroku**	Całkowita i nieodwracalna obustronna utrata funkcji widzenia utrzymująca się przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza okulistę wynikami badań okulistycznych. Za datę wystąpienia utraty wzroku uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
A.9	**Zawał serca**	Martwica części mięśnia sercowego spowodowana jego nagłym niedokrwieniem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa: a) wynikami badań laboratoryjnych wskazującymi na wzrost lub spadek stężenia biomarkerów sercowych powyżej lub poniżej wartości referencyjnych oraz b) wynikami badań obrazowych wskazującymi na występowanie: - zmian świadczących o nowym niedokrwieniu mięśnia sercowego (wykazane w EKG) lub - nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości ściany serca bądź nowych zmian świadczących o utracie żywotności mięśnia sercowego (wykazane w echo serca bądź RM serca) lub - skrzepliny w tętnicy wieńcowej (wykazane w koronarografii). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) stabilna i niestabilna choroba wieńcowa, b) przebyty w przeszłości bezobjawowy zawał serca, który został rozpoznany jedynie w oparciu o wyniki badań obrazowych. Za datę wystąpienia zawału serca uważa się dzień postawienia rozpoznania przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

TABELA B

WARIANT ROZSZERZONY

L.p.	Grupa	Nazwa	Definicja
B.1	3	**Anemia aplastyczna**	Przewlekła choroba spowodowana nieodwracalną niewydolnością szpiku kostnego, powodująca pancytopenię (łączne wystąpienie spadku poniżej wartości referencyjnych liczby: krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi). Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest anemia aplastyczna wymagająca leczenia co najmniej jedną z poniższych metod: a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych, b) podawanie preparatów immunosupresyjnych, c) podawanie preparatów immunostymulacyjnych, d) wykonanie przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza hematologa wynikami badań laboratoryjnych krwi i biopsji szpiku kostnego. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) anemia aplastyczna polekowa, będąca następstwem leczenia (np. stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NSAR), terapii złotem, radioterapii, chemioterapii), b) odwracalna aplazja szpiku, c) przejściowa niewydolność szpiku. Za datę wystąpienia anemii aplastycznej uważa się dzień rozpoczęcia leczenia tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.2	5	**Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wymagające leczenia szpitalnego**	Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego wywołana zakażeniem bakteryjnym, powodująca: a) objęcie procesem zapalnym opon mózgowych i rdzenia kręgowego, b) wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej 3 miesięcy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wywołane zakażeniem wirusem HIV. Za datę wystąpienia bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.

B.3	2	**Bakteryjne zapalenie wsierdzia wymagające leczenia szpitalnego**	Choroba wywołana zakażeniem bakteryjnym, rozwijająca się w obrębie struktur serca. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest bakteryjne zapalenie wsierdzia wymagające leczenia szpitalnego, występujące u osób posiadających naturalne (własne) zastawki serca, u których w układzie sercowo-naczyniowym nie stwierdzono ciał obcych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza chorób wewnętrznych lub Lekarza kardiologa wynikami badań bakteriologicznych i obrazowych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest bakteryjne zapalenie wsierdzia: a) wywołane zakażeniem szpitalnym, b) występujące u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, c) występujące u osób ze wszczepionym stymulatorem lub kardiowerterem, d) po przeprowadzeniu operacji serca. Za datę wystąpienia zapalenia wsierdzia uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.4	5	**Choroba Alzheimera**	Przewlekła i postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, powodująca: a) trwałe ograniczenie lub utratę funkcji poznawczych, b) nieodwracalne zaburzenia pamięci, osobowości i zachowania, c) wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, skutkującego bezpowrotną utartą zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa lub Lekarza psychiatrę bądź Lekarza geriatrę wynikami badań neurologicznych i neuropsychiatrycznych (służących do oceny funkcji poznawczych) oraz badań obrazowych (TK lub RM). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są otępienia spowodowane: a) urazami mózgu, b) działaniem substancji odurzających lub psychoaktywnych, c) zaburzeniami i chorobami psychicznymi, d) przy współistnieniu choroby AIDS. Za datę wystąpienia choroby Alzheimera uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.5	5	**Choroba Creutzfeldta--Jakoba**	Przewlekła i postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, powodująca: a) trwałe ograniczenie lub utratę funkcji ruchowych, b) otępienie, drgawki mioklonicze oraz zaburzenia widzenia, c) trwałą utratę zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badań obrazowych (RM i EEG) lub badania płynu mózgowo-rdzeniowego (wskazującego na obecność białka 14-3-3). Za datę wystąpienia choroby Creutzfeldta-Jakoba uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.6	5	**Choroba Huntingtona**	Przewlekła i postępująca choroba genetyczna ośrodkowego układu nerwowego, powodująca: a) ograniczenie funkcji motorycznych (tzw. ruchy pląsawicze), b) ograniczenie lub utratę funkcji poznawczych, c) zaburzenia osobowości, zmiany nastroju oraz otępienie. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badań obrazowych (łącznie TK, RM, EEG). Za datę wystąpienia choroby Huntingtona uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B7	1	**Choroba Leśniowskiego--Crohna**	Przewlekła, nieswoista choroba zapalna jelita, powodująca powstanie przetoki jelitowej, niedrożności lub perforacji jelita. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza gastrologa (lub Lekarza gastroenterologa) wynikami badania histopatologicznego. Za datę wystąpienia choroby Leśniowskiego-Crohna uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.8	5	**Choroba neuronu ruchowego**	Przewlekła i postępująca choroba zwyrodnieniowa obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego spowodowana wybiórczym uszkodzeniem nerwowych komórek ruchowych, powodująca: a) osłabienie lub zanik mięśni, b) ograniczenie lub utratę funkcji ruchowych, c) wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, skutkującego bezpowrotną utartą zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badania obrazowego (EMG). Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są: a) rdzeniowy zanik mięśni, b) postępujące porażenie opuszkowe, c) stwardnienie zanikowe boczne, d) pierwotne stwardnienie boczne. Za datę wystąpienia choroby neuronu ruchowego uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.9	5	**Choroba Parkinsona**	Przewlekła i postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana zanikiem komórek nerwowych istoty czarnej śródmózgowia, powodująca pomimo stosowania leczenia farmakologicznego: a) zmniejszenie liczby neuronów produkujących dopaminę, b) spowolnienia ruchowe, wzmożone napięcie mięśniowe (sztywność mięśniową), drżenie spoczynkowe, c) wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, skutkującego trwałą utartą zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego przez okres co najmniej 6 miesięcy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest idiopatyczna choroba Parkinsona (bez znanej etiologii). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badań obrazowych (TK lub RM). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączony jest: a) parkinsonizm wywołany stosowaniem leków lub działaniem substancji toksycznych, b) parkinsonizm wtórny (powstały w następstwie innych chorób). Za datę wystąpienia choroby Parkinsona uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.

B.10	1	**Ciężkie oparzenie wymagające leczenia szpitalnego**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.11	5	**Dystrofia mięśniowa**	Przewlekła i postępująca choroba genetyczna mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, powodująca: a) narastające osłabienie i zanik mięśni oraz zaburzenia ich funkcji, b) wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, skutkującego bezpowrotną utartą zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są: a) dystrofia mięśniowa Duchenne'a, b) dystrofia mięśniowa Beckera, c) dystrofia mięśniowa kończynowo-obręczowa. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badania obrazowego (EMG) i badania biopsji mięśnia. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki dystrofii mięśniowej spowodowane przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi. Za datę wystąpienia dystrofii mięśniowej uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.12	4	**Gruźlica wymagająca leczenia szpitalnego**	Przewlekła choroba zakaźna spowodowana zakażeniem prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis), występująca w postaci płucnej (będąca w stadium zajęcia płuc) lub poza płucnej (będąca w stadium zajęcia co najmniej jednej z wymienionych struktur: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu). Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki gruźlicy wymagające leczenia szpitalnego i stosowania leków przeciwprątkowych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza pulmonologa wynikami badań obrazowych (RTG lub TK klatki piersiowej) lub badania bakteriologicznego bądź histologicznego (immunologicznego). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona wyłącznie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej, b) gruźlica stwierdzona wyłącznie na podstawie pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej (pomimo wdrożenia leczenia przeciwprątkowego), c) gruźlica występująca przy współistnieniu zakażenia wirusem HIV, d) gruźlica wywołana zakażeniem spowodowanym innymi prątkami, niż wymieniony powyżej. Za datę wystąpienia gruźlicy uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.13	2	**Kardiomiopatia**	Pierwotna choroba mięśnia sercowego, powodująca nieprawidłowe jego funkcjonowanie, skutkująca nieodwracalną niewydolnością serca, sklasyfikowaną jako IV stopień według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA). IV stopień według skali NYHA oznacza występowanie zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego u chorych zarówno w czasie wysiłku, jak i w spoczynku. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są: a) kardiomiopatia rozstrzeniowa, b) kardiomiopatia przerostowa, c) kardiomiopatia restrykcyjna, d) arytmogenna kardiomiopatia prawej komory. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone prze Lekarza kardiologa lub Lekarza chorób wewnętrznych wynikami badań obrazowych (ECHO serca lub scyntygrafia). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wtórne uszkodzenia serca spowodowane nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, wadami zastawek serca lub działaniem substancji toksycznych. Za datę wystąpienia kardiomiopatii uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.14	2	**Leczenie chirurgiczne aorty brzusznej**	Operacja chirurgiczna przeprowadzona za pomocą laparotomii, polegająca na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty brzusznej i zastąpieniu go protezą naczyniową. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza rozpoznaniem tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) zabiegi wewnątrznaczyniowe, polegające na wprowadzeniu stentu do aorty, b) zabiegi dotyczące jedynie odgałęzień aorty. Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego aorty brzusznej uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.15	2	**Leczenie chirurgiczne aorty piersiowej**	Operacja chirurgiczna przeprowadzona za pomocą torakotomii, polegająca na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty piersiowej i zastąpieniu go protezą naczyniową. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza rozpoznaniem tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zabiegi: a) zabiegi wewnątrznaczyniowe, polegające na wprowadzeniu stentu do aorty, b) zabiegi dotyczące jedynie odgałęzień aorty. Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego aorty piersiowej uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.16	5	**Leczenie chirurgiczne bąblowca mózgu**	Operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmian w mózgu spowodowanych tasiemcem z rodzaju Echinococcus. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza wynikami badania histopatologicznego. Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego bąblowca mózgu uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.17	2	**Leczenie chirurgiczne choroby naczyń wieńcowych**	zgodnie z wariantem podstawowym

B.18	5	**Leczenie chirurgiczne ropnia mózgu**	Operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmiany w mózgu wywołanej zakażeniem bakteryjnym, grzybiczym lub pierwotniakowym, powodującym powstanie ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone wynikami badań obrazowych (RM lub TK), a wynik badania histopatologicznego usuniętej zmiany musi potwierdzać ropień mózgu. Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego ropnia mózgu uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.19	1	**Leczenie chirurgiczne zakażonej martwicy trzustki**	Operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zakażonych martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki w wyniku ostrego zapalenia trzustki, przeprowadzona za pomocą laparotomii. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest wyłącznie pierwsze leczenie chirurgiczne zakażonej martwicy trzustki. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza gastrologa (lub Lekarza gastroenterologa) lub Lekarza chirurga wynikami badań obrazowych (np. TK jamy brzusznej). Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego zakażonej martwicy uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.20	2	**Leczenie chirurgiczne zastawkowej wady serca**	Operacja chirurgiczna polegająca na naprawie nieprawidłowości (wad) lub wymianie naturalnej, chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca na zastawkę sztuczną lub zastawkę biologiczną. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są operacje chirurgiczne przeprowadzone na otwartym sercu za pomocą torakotomii. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub Lekarza kardiochirurga wynikami badań obrazowych (badanie naczyniowe lub ECHO serca). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) zabiegi polegające na wymianie lub naprawie wcześniej wszczepionej zastawki, b) zabiegi wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych. Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego zastawkowej wady serca uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.21	2	**Leczenie chirurgiczne zatoru płucnego**	Operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej, powodującej nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej lub jej odgałęzień. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są operacje chirurgiczne przeprowadzone za pomocą embolektomii w trybie pilnym. Wskazanie do operacji musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub Lekarza chirurga naczyniowego bądź Lekarza pulmonologa wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych (EKG i ECHO serca). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zatory płucne leczone przy użyciu: a) metod mikrochirurgicznych, b) technik śródnaczyniowych, c) środków farmakologicznych. Za datę wystąpienia leczenia chirurgicznego zatoru płucnego uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.22	3	**Łagodny guz mózgu**	Wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon mózgowych (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego) lub nerwów czaszkowych, zagrażający życiu. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęty jest łagodny guz mózgu: a) wymagający leczenia chirurgicznego, polegającego na usunięciu zmian nowotworowych lub b) wymagający leczenia za pomocą chemioterapii lub radioterapii, lub c) powodujący wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej 3 miesięcy, w przypadku braku możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego ze względów medycznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga wynikami badań histopatologicznych lub badań obrazowych (RM lub TK bądź PET). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) guzy przysadki mózgowej o średnicy poniżej 10 mm, b) torbiele, c) ziarniaki, d) ropnie, e) krwiaki, f) patologie tętnicze lub żylne (wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu). Za datę wystąpienia łagodnego guza mózgu uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.23	3	**Łagodny guz rdzenia kręgowego**	Wewnątrzkanałowy niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zagrażający życiu. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęty jest łagodny guz rdzenia kręgowego: a) wymagający leczenia chirurgicznego, polegającego na usunięciu zmian nowotworowych lub b) wymagający leczenia za pomocą chemioterapii lub radioterapii, lub c) powodujący wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego utrzymującego się przez okres co najmniej 3 miesięcy, w przypadku braku możliwości zastosowania leczenia chirurgicznego ze względów medycznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga wynikami badań histopatologicznych lub badań obrazowych (RM lub TK bądź PET). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) torbiele, b) ziarniaki, c) ropnie, d) krwiaki, e) patologie tętnicze lub żylne (wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych). Za datę wystąpienia łagodnego guza rdzenia kręgowego uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.

B.24	4	**Neuroborelioza wymagające leczenia szpitalnego**	Odkleszczowa choroba zakaźna, wywołana zakażeniem bakteriami o kształcie krętka Borrelią burgdorferi, powodująca wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki neuroboreliozy wymagające leczenia szpitalnego i powodujące 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 musi zostać potwierdzone przez Lekarza chorób zakaźnych wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Za datę wystąpienia neuroboreliozy uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.25	3	**Nowotwór złośliwy**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.26	5	**Paraliżb w wyniku choroby**	Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji ruchowej w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana uszkodzeniem w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) w wyniku choroby, utrzymująca się przez okres co najmniej 6 miesięcy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest porażanie kończyny stanowiące anatomiczną całość: a) w przypadku kończyny górnej: ramię, przedramię, dłoń, b) w przypadku kończyny dolnej: udo, podudzie, stopa. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) niedowłady częściowe, b) niedowłady przejściowe (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), c) niedowłady spowodowane zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi. Za datę wystąpienia paraliżu w wyniku choroby uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.27	5	**Paraliż w wyniku wypadku**	Całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji ruchowej w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana uszkodzeniem w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) w wyniku wypadku, utrzymująca się przez okres co najmniej 6 miesięcy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest porażanie kończyny stanowiące anatomiczną całość: a) w przypadku kończyny górnej: ramię, przedramię, dłoń, b) w przypadku kończyny dolnej: udo, podudzie, stopa. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa lub Lekarza neurochirurga. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) niedowłady częściowe, b) niedowłady przejściowe (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). Za datę wystąpienia paraliżu w wyniku wypadku uważa się dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego paraliż, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.28	2	**Pierwotne nadciśnienie płucne**	Przewlekła choroba płuc spowodowana samoistnym wzrostem ciśnienia krwi w tętnicy płucnej, powodująca powiększenie prawej komory serca, skutkująca nieodwracalną niewydolnością serca skalsyfikowaną jako IV stopień według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kariologicznego (NYHA). IV stopień według skali NYHA oznacza występowanie zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego u chorych zarówno w czasie wysiłku, jak i w spoczynku. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki pierwotnego nadciśnienia płucnego, w których stwierdzono utrzymujący się przez okres co najmniej 6 miesięcy wzrost średniego ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg w spoczynku (udokumentowany przeprowadzeniem badań w początkowej i końcowej fazie wskazanego okresu). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza kardiologa lub Lekarza kardiochirurga bądź Lekarza pulmonologa wynikami badań obrazowych (ECHO serca i cewnikowanie prawostronne serca). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) nadciśnienie płucne wtórne, powstałe w przebiegu innych chorób, b) nadciśnienie płucne spowodowane działaniem substancji toksycznych, c) nadciśnienie płucne polekowe. Za datę wystąpienia pierwotnego nadciśnienia płucnego uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.29	1	**Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby**	Choroba wywołana zakażeniem wirusowym, powodująca masywną martwicę komórek wątrobowych, skutkującą szybko postępującą niewydolnością wątroby. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki piorunującego wirusowego zapalenia wątroby, w których stwierdzono łącznie: a) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby, b) nagłe pogorszenie się wskaźników funkcji wątroby, c) narastającą żółtaczkę, d) encefalopatię wątrobową, e) rozległą martwicę rozpływną. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza hepatologa lub Lekarza gastrologa (lub Lekarza gastroenterologa) wynikami badań serologicznych, badań laboratoryjnych (np. testy czynnościowe wątroby) i badań obrazowych (np. USG, TK). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, b) niewydolność wątroby spowodowana stosowaniem leków lub działaniem substancji toksycznych. Za datę wystąpienia wirusowego zapalenia wątroby uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

B.30	1	**Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)**	Układowa choroba tkanki łącznej powodująca postępujące rozsiane zwłóknienie skóry, naczyń krwionośnych oraz organów wewnętrznych. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki postępującej twardziny układowej, w których stwierdzono objęcie procesem chorobowym co najmniej jednego z poniższych narządów: a) serca, b) płuca, c) nerki. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez Lekarza reumatologa lub Lekarza dermatologa wynikami biopsji oraz badań serologicznych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) twardzina ograniczona (twardzina linijna lub miejscowa), b) eozynofilowe zapalenie powięzi, c) zespół CREST. Za datę wystąpienia postępującej twardziny układowej uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.31	5	**Postępujące porażenie nadjądrowe**	Postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego powodująca ograniczenie i utratę funkcji poznawczych i motorycznych. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki postępującego porażenia nadjądrowego, w których stwierdzono występowanie i utrzymywanie się przez okres co najmniej 3 miesięcy minimum 2 z poniższych objawów: a) zaburzenia ruchomości gałek ocznych w kierunku pionowym, b) niestabilność postawy, c) zaburzenia mowy, d) zaburzenia ruchowe, e) zaburzenia połykania, f) brak zdolności utrzymania prawidłowej postawy głowy lub szyi. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badań obrazowych (TK lub RM, bądź EEG) i badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Za datę wystąpienia porażenia uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.32	5	**Poważny uraz głowy**	Uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane w wyniku wypadku, powodujące wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego skutkującego trwałą utartą zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego przez okres co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badania obrazowego (RM lub TK). Za datę wystąpienia poważnego urazu głowy uważa się dzień postawienia rozpoznania przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.33	1	**Przeszczep dużych narządów**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.34	3	**Przeszczep szpiku kostnego**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.35	1	**Schyłkowa niewydolność nerek**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.36	1	**Schyłkowa niewydolność płuc**	Choroba znajdująca się w fazie schyłkowej, powodująca trwałą i nieodwracalną utratę prawidłowej czynności płuc. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki schyłkowej niewydolność płuc, w których stwierdzono łączne występowanie przez okres co najmniej 3 miesięcy: a) konieczności prowadzenia stałej tlenoterapii ze względu na hipoksemię oraz b) ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi tętniczej (PaO_2) równego lub niższego niż 55 mmHg, Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza pulmonologa wynikami badań laboratoryjnych (badanie gazometryczne i badanie morfologii krwi obwodowej) i badań obrazowych (badanie spirometryczne). Za datę wystąpienia schyłkowej niewydolności płuc uważa się dzień rozpoczęcia stałej tlenoterapii. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.37	1	**Schyłkowa niewydolność wątroby**	Choroba znajdująca się w fazie schyłkowej, powodująca trwałą i nieodwracalną utratę prawidłowej czynności wątroby. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki schyłkowej niewydolność wątroby, w których stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z poniższych objawów przez okres co najmniej 3 miesięcy: a) wodobrzusza, b) utrwalonej żółtaczki, c) żylaków przełyku, d) encefalopatii wrotnej. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza hepatologa lub Lekarza gastrologa (lub Lekarza gastroenterologa) wynikami badań laboratoryjnych i badań obrazowych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączona jest wtórna choroba wątroby spowodowana stosowaniem leków lub działaniem substancji toksycznych. Za datę wystąpienia schyłkowej niewydolności wątroby uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.

B.38	1	**Sepsa (Posocznica) wymagająca leczenia szpitalnego**	Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej wywołany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym, charakteryzujący się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, powodujący niewydolność wielonarządową (utratę prawidłowej czynności co najmniej jednego narządu lub układu, do których zalicza się ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę). Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki sepsy wymagające leczenia szpitalnego. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są również przypadki wstrząsu septycznego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza w sporządzonej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Za datę wystąpienia sepsy uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.39	5	**Stwardnienie rozsiane**	Przewlekła i postępująca choroba zapalna ośrodkowego układu nerwowego spowodowana powstaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu kręgowym, powodująca zaburzenia ruchowe i czuciowe oraz wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego i badań obrazowych (RM lub TK). Za datę wystąpienia stwardnienia rozsianego uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia
B.40	1	**Śpiączka wymagająca leczenia szpitalnego**	Stan utraty przytomności w wyniku choroby lub wypadku, wyrażający się brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania systemów podtrzymywania życia i powodujący wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie trwałego ubytku neurologicznego musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa w oparciu o dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączona jest śpiączka: a) farmakologiczna b) spowodowana stosowaniem leków lub działaniem substancji toksycznych. Za datę wystąpienia śpiączki uważa się dzień utraty przytomności, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 96 godzinnego okresu od daty wystąpienia.
B.41	4	**Tężec wymagający leczenia szpitalnego**	Ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem laseczką tężca (Clostridium tetani) wytwarzającą egzotoksyny (o charakterze neurotoksyn) powodujące zaburzenia układu nerwowego. Zakresem ubezpieczenia objęty jest tężec wymagający leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza w sporządzonej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączony jest: a) tężec w postaci miejscowej, b) tężec w postaci głowowej (mózgowej), c) tężec w postaci lekkiej. Za datę wystąpienia tężca uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.42	1	**Toczeń rumieniowaty układowy**	Wielonarządowa choroba autoimmunologiczna powodująca przewlekły proces zapalny oraz uszkodzenia wielu tkanek i narządów, obejmujące przeważnie skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są przypadki tocznia rumieniowatego układowego, w których stwierdzono łączne wystąpienie: a) trwałej niewydolności nerek ze współczynnikiem przesączania kłębuszkowego (GFR) poniżej 30 ml/min, b) proteinurii lub hematurii (obecność białka lub krwi w moczu), c) trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza reumatologa lub Lekarza chorób wewnętrznych wynikami badań hematologicznych, immunologicznych obejmujących przeciwciała przeciwjądrowe ANA. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączony jest: a) toczeń rumieniowaty układowy polekowy, b) toczeń rumieniowaty krążkowy. Za datę wystąpienia tocznia rumieniowatego układowego uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.43	2	**Udar mózgu**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.44	5	**Utrata kończyny w wyniku choroby**	Całkowita i nieodwracalna utrata co najmniej jednej kończyny w wyniku choroby. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest utrata: a) kończyny górnej powyżej nadgarstka, b) kończyny dolnej powyżej stawu skokowego. Za datę wystąpienia utraty kończyny w wyniku choroby uważa się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.45	5	**Utrata kończyny w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	Całkowita i nieodwracalna utrata co najmniej jednej kończyny w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest utrata: a) kończyny górnej powyżej nadgarstka, b) kończyny dolnej powyżej stawu skokowego. Za datę wystąpienia utraty kończyny w wyniku nieszczęśliwego wypadku uważa się dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.46	5	**Utrata mowy**	Całkowita i nieodwracalna utrata funkcji mówienia, utrzymująca się przez okres co najmniej 6 miesięcy, spowodowana przewlekłym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza otolaryngologa lub Lekarza neurologa. Za datę wystąpienia utraty mowy uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.47	5	**Utrata słuchu**	Całkowita i nieodwracalna obustronna utrata funkcji słyszenia, utrzymująca się przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza otolaryngologa lub Lekarza audiologa wynikami badań audiometrycznych. Za datę wystąpienia utraty mowy uważa się dzień postawienia rozpoznania, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 6 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.

B.48	5	**Utrata wzroku**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.49	5	**Wirusowe zapalenie mózgu wymagające leczenia szpitalnego**	Ostra choroba zapalna mózgu wywołana zakażeniem wirusowym, powodująca uszkodzenia tkanki mózgowej (półkuli mózgowej, pnia mózgu lub móżdżku) i wystąpienie trwałego ubytku neurologicznego, skutkującego trwałą utartą zdolności do samodzielnej egzystencji w formie braku możliwości wykonania co najmniej 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego przez okres co najmniej 3 miesięcy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest wirusowe zapalenie mózgu wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza neurologa wynikami badań obrazowych (TK lub RM). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest zapalenie mózgu wywołane zakażeniem wirusem HIV. Za datę wystąpienia wirusowego zapalenia mózgu uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Prawo do otrzymania świadczenia zostaje nabyte przez Ubezpieczonego po upływie wskazanego powyżej minimalnego 3 miesięcznego okresu od daty wystąpienia.
B.50	1	**Wrzodziejące zapalenie jelita grubego**	Przewlekłe, nieswoiste zapalenie błony śluzowej odbytu lub jelita grubego powodujące rozdęcie okrężnicy. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza wynikami badania histopatologicznego. Za datę wystąpienia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.51	4	**Wścieklizna**	Ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (Rabies virus RABV) powodująca ostre zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego. Zakresem ubezpieczenia objęte jest wścieklizna wymagająca leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza chorób zakaźnych lub Lekarza chorób wewnętrznych wynikami badań laboratoryjnych w sporządzonej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Za datę wystąpienia wścieklizny uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.52	4	**Zakażenie wirusem HIV w wyniku czynności służbowych**	Zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) spowodowane wykonywaniem obowiązków zawodowych. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są zakażenia wirusem HIV w wyniku czynności służbowych, w których: a) zdarzenie, będące przyczyną zakażenia miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i zostało zgłoszone pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, b) stwierdzono ujemny wynik testu na obecność wirusa HIV lub przeciwciał anty-HIV, wykonanego w ciągu 5 dni od daty zdarzenia, c) serokonwersja potwierdzająca zakażenie wirusem HIV nastąpiła w okresie 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami badań laboratoryjnych (dodatnim wynikiem dwóch testów: na przeciwciała anty-HIV (ELISA), Western Blot lub PCR). Za datę wystąpienia zakażenia wirusem HIV w wyniku czynności służbowych uważa się dzień zakażenia, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.53	4	**Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji**	Zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) spowodowane przeprowadzeniem transfuzji krwi lub preparatów krwiopochodnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, w których: a) przetoczona krew lub produkty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a przetoczenie miało miejsce w okresie ubezpieczenia, w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, b) serokonwersja potwierdzająca zakażenie HIV nastąpiła w okresie 6 miesięcy od daty przetoczenia. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami badań laboratoryjnych (dodatnim wynikiem 2 testów: na przeciwciała anty-HIV (ELISA),Western Blot lub PCR) oraz w oparciu o sporządzoną dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego, podczas którego została wykonana transfuzja. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są: a) zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w szczególności drogą płciową lub w wyniku dożylnego zażywania narkotyków, b) zakażenia u osób chorujących na hemofilię. Za datę wystąpienia zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji uważa się dzień zakażenia, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
B.54	2	**Zawał serca**	zgodnie z wariantem podstawowym
B.55	4	**Zgorzel gazowa wymagająca leczenia szpitalnego**	Choroba zakaźna wywołana ciężkim zakażeniem przyrannym, spowodowanym przez bakterie z grupy laseczek zgorzeli gazowej (w szczególności Clostridium perfringens oraz Clostridium septicum), powodująca łącznie: a) obrzęk i martwicę mięśni, b) miejscowe uszkodzenie tkanki łącznej, c) wytwarzanie się gazu w tkankach i występowanie objawów toksemii. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte jest zgorzel gazowa wymagająca leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza wynikami badań bakteriologicznych. Za datę wystąpienia zgorzeli gazowej uważa się dzień postawienia rozpoznania tej choroby, przypadający w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Zastosowane skróty nazw badań:
ECHO serca – echokardiografia;
EMG – elektromiografia;
EEG – elektroencefalografia;
EKG – elektrokardiografia;
PET – pozytronowa tomografia emisyjna;
RM – rezonans magnetyczny;
RTG – rentgenogram (zdjęcie rentgenowskie);
TK – tomografia komputerowa;
USG – ultrasonografia

ZAŁĄCZNIK 2 DO OWUUD Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

KATALOG ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

Poważne zachorowania	Świadczenia assistance	Limit kwotowy lub ilościowy lub na okres ubezpieczenia
Zawał serca lub **udar mózgu**	**Diagnostyka laboratoryjna, RTG i USG** – w razie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty diagnostyki laboratoryjnej w zakresie: mocz – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 2, jak też badań RTG i USG.	**10 badań** (nie więcej niż 1000 PLN łącznie) na okres ubezpieczenia
	W razie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty badania CT	jeden raz na okres ubezpieczenia
	W razie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty badania PET	jeden raz na okres ubezpieczenia
	W razie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty rezonansu magnetycznego	jeden raz na okres ubezpieczenia
	Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego – jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, zorganizujemy i pokryjemy koszty wypożyczenia lub jego zakupu.	**500 PLN** na okres ubezpieczenia
	Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego - jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania.	**1 000 PLN** na okres ubezpieczenia
	Transport medyczny do placówki medycznej - jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony wymaga, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, wizyty w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego do placówki medycznej, o ile nie jest konieczna, według lekarza prowadzącego, interwencja pogotowia ratunkowego.	**1 000 PLN** na okres ubezpieczenia
	Transport medyczny z placówki medycznej - jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony wymaga, po pobycie w placówce medycznej, transportu medycznego do miejsca zamieszkania, zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z placówki medycznej lub szpitala do miejsca zamieszkania, o ile nie jest konieczna, według Lekarza prowadzącego, interwencja pogotowia ratunkowego.	**1 000 PLN** na okres ubezpieczenia
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi - jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego pomiędzy placówkami medycznymi, o ile nie jest konieczna, według wiedzy Lekarza prowadzącego, interwencja pogotowia ratunkowego.	**300 PLN** na okres ubezpieczenia
	Dostarczenie leków - jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony wymaga leżenia zgodnie ze zwolnieniem lekarskim i zażywania leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego, zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania (w przypadku leków na receptę - po udostępnieniu nam recepty niezbędnej do wykupienia leków). Nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony.	**300 PLN** na okres ubezpieczenia
	Wizyta lekarza pierwszego kontaktu – jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony wymaga kontaktu z lekarzem, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty lekarza pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania wraz z kosztami dojazdów lekarza oraz jego honorariów, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.	**300 PLN** na okres ubezpieczenia
	Konsultacja lekarza specjalisty - jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony wymaga konsultacji z fizjoterapeutą, chirurgiem, chirurgiem naczyniowym, neurochirurgiem, neurologiem, kardiochirurgiem, psychologiem lub endokrynologiem, zorganizujemy i pokryjemy koszty tych konsultacji.	**500 PLN** (łącznie) na okres ubezpieczenia
	Świadczenie sanatoryjne – jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony wymaga pobytu w sanatorium, zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium, na zasadach określonych poniżej, jeśli Ubezpieczony łącznie spełnia następujące warunki: a) przebywał w szpitalu w celu leczenia związanego z udarem mózgu lub zawałem serca, b) leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 2 dni oraz c) otrzymał pisemne zalecenie lub skierowanie od Lekarza prowadzącego przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji w sanatorium. W ramach świadczenia sanatoryjnego organizujemy i pokrywamy koszty pobytu Ubezpieczonego w sanatorium w zakresie zakwaterowania, wyżywienia oraz zaleconych w sanatorium zabiegów. Jeżeli świadczenie sanatoryjne przekroczy 2 500 złotych, zrealizujemy je jeśli Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość leczenia w sanatorium a limitem 2 500 PLN.	**2500 PLN** na okres ubezpieczenia
	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w razie zawału serca lub udaru mózgu, gdy Ubezpieczony jest hospitalizowany lub w przypadku choroby poza szpitalem, potwierdzonej przez Lekarza prowadzącego, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad dziećmi Ubezpieczonego i osobami niesamodzielnymi, nad którymi Ubezpieczony sprawuje opiekę w miejscu zamieszkania. Opieka nad dziećmi Ubezpieczonego i osobami niesamodzielnymi, nad którymi Ubezpieczony sprawuje opiekę, jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować.	**500 zł** (łacznie) na okres ubezpieczenia

Zawał serca lub **udar mózgu**	**Wizyta pielęgniarki** – jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 2 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy pielęgniarki po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy pielęgniarki w miejscu zamieszkania trwającej do 3 dni. Świadczenie dotyczy pomocy w umyciu, skorzystaniu z toalety, zrobieniu iniekcji, zmiany opatrunku, podaniu leków. Do wykonania iniekcji konieczne jest skierowanie na wykonanie zastrzyku. Koszty środków pielęgnacyjnych, w tym opatrunków, koszty leków itp. ponosi Ubezpieczony.	**500 PLN** (łącznie) na okres ubezpieczenia
	Pomoc domowa – jeśli w razie serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 2 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej do 3 dni, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków jak odkurzanie, mycie podłóg. W zakres usługi nie wchodzi natomiast mycie okien, odsuwanie mebli. Koszty zakupów, środków czystości i środków pielęgnacyjnych ponosi Ubezpieczony	**500 PLN** (łacznie) na okres ubezpieczenia
Udar mózgu	**Neuroforma** – zorganizujemy i pokryjemy koszty dostępu do aplikacji neuroforma przez okres 6 miesięcy, gdy w wyniku udaru mózgu Ubezpieczonego doszło do niedowładu kończyny górnej lub dolnej i zgodnie ze skierowaniem od lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego.	**1 świadczenie** na okres ubezpieczenia
Nowotwór złosliwy	**Diagnostyka laboratoryjna** – w razie nowotworu złośliwego zorganizujemy i pokryjemy koszty diagnostyki laboratoryjnej w zakresie: w zakresie: mocz – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 2, jak też badań RTG i USG.	**10 badań** (nie więcej niż 1000 PLN łącznie) na okres ubezpieczenia
	Domowa opieka pielęgniarska – w razie nowotworu złośliwego Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty domowej opieki pielęgniarskiej, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy pielęgniarki w Miejscu zamieszkania. Świadczenie dotyczy pomocy w umyciu, skorzystaniu z toalety, zrobieniu iniekcji, zmiany opatrunku, podaniu leków. Do wykonania iniekcji konieczne jest skierowanie na wykonanie zastrzyku. Koszty środków pielęgnacyjnych, opatrunków i leków, ponosi Ubezpieczony.	**1 000 zł** (łacznie) na okres ubezpieczenia
	Dostosowanie miejsca zamieszkania – jeśli Ubezpieczony na skutek nowotworu złośliwego posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, zapewnimy dostosowanie miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie: - oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki, - likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów. Koszty poręczy, podestów i podjazdów ponosi Ubezpieczony	**1 000 PLN** na okres ubezpieczenia
	Pomoc psychologa – w razie nowotworu złośliwego Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty telekonsultacji z psychologiem lub wizytę w poradni zdrowia psychicznego.	**500 PLN** na okres ubezpieczenia
	Zwrot kosztów zakupu protez i peruk – w razie nowotworu złośliwego Ubezpieczonego zwrócimy udokumentowane koszty zakupu protez, w wyłączeniem protez zębowych i koszty zakupu peruk.	**5 000 PLN** na okres ubezpieczenia
	Świadczenie sanatoryjne – w razie nowotworu złośliwego Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu Ubezpieczonego w sanatorium, na zasadach określonych poniżej, jeśli Ubezpieczony łącznie spełnił następujące warunki: a) przebywał w szpitalu w celu leczenia związanego z nowotworem złośliwym, b) leczenie w szpitalu trwało nieprzerwanie co najmniej 2 dni oraz c) otrzymał pisemne zalecenie lub skierowanie od Lekarza prowadzącego przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji w sanatorium. W ramach świadczenia sanatoryjnego organizujemy i pokrywamy koszty pobytu Ubezpieczonego w sanatorium w zakresie zakwaterowania, wyżywienia oraz zaleconych w sanatorium zabiegów. Jeżeli świadczenie sanatoryjne przekroczy 2 500 PLN, zrealizujemy je jeśli Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość leczenia w sanatorium a limitem 2 500 PLN.	**2 500 PLN** na okres ubezpieczenia

Zastosowane skróty nazw badań:

CT – tomografia komputerowa;
PET – pozytronowa tomografia emisyjna;
RM – rezonans magnetyczny;
RTG – rentgenogram (zdjęcie rentgenowskie);
TK – tomografia komputerowa;
USG – ultrasonografia.

ZAŁĄCZNIK 3 DO OWUUD Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

TABELA LIMITÓW

A. Suma Ubezpieczenia

	Suma Ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania	Krok w PLN
Minimalna	5 000 PLN	1000
Maksymalna	600 000 PLN	

B. Limit

	Ilość świadczeń
Wariant podstawowy	1 świadczenie
Wariant rozszerzony	2 świadczenia

SIGNAL IDUNA, kompetentnym partnerem dla Twojej rodziny

SIGNAL IDUNA szczyci się ponad 100-letnim doświadczeniem, jako jedno z największych towarzystw ubezpieczeniowych w Niemczech. Na rynku polskim istnieje od 2001 roku. Oferuje ubezpieczenia: zdrowotne, turystyczne oraz życiowe.

Osobiste doradztwo jest dla nas ważne, dlatego staramy się być blisko Ciebie:

CENTRALA
ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa
tel.: 22 50 56 100, fax: 22 50 56 101
e-mail: info@signal-iduna.pl

KRAKÓW
ul. Kamienna 19, 30-001 Kraków
tel.: 12 25 28 680, fax: 12 25 28 681
e-mail: krakow@signal-iduna.pl

POZNAŃ
ul. Bukowska 12 lok. 123, 60-810 Poznań
tel.: 61 82 74 884 do 86, fax: 22 50 56 385
e-mail: poznan@signal-iduna.pl

WROCŁAW
Pl. Powstańców Śląskich 16, 53-314 Wrocław
tel.: 71 34 72 750, fax: 22 50 56 388
e-mail: wroclaw@signal-iduna.pl

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa
infolinia 22 505 65 06
www.signal-iduna.pl

Rzecznik Finansowy – www.rf.gov.pl

SIŻ 2627E/10.22