



# OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnej Choroby Ubezpieczonego (zwane dalej Warunkami) stanowią rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

## DEFINICJE

§ 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanych dalej OWU.

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenia:

**Umowa Dodatkowa** – Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków łącznie z Umową Podstawową lub w trakcie jej obowiązywania, jako rozszerzenie Umowy Podstawowej, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, pod warunkiem zaakceptowania powyższego wniosku przez Pramerica Życie TUiR SA;

**Poważna Choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3, stwierdzone przez lekarzy posiadających odpowiednią specjalizację, z zastrzeżeniem wyłączeń i dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach;

**Operacja Chirurgiczna** – operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego przeprowadzony na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Poważnej Choroby;

**Nieszczęśliwy Wypadek** – nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała, niemające bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zawału, wylewu krwi, udaru, zatrucia oraz wszelkich innych chorób będących wynikiem infekcji (w tym występujących nagle).

## DEFINICJE ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ W RAMACH NINIEJSZEJ UMOWY DODATKOWEJ

§ 3

- Całkowita utrata wzroku (ślepotą)** – oznacza potwierdzone klinicznie nieodwracalne osłabienie wzroku w obu oczach w następstwie Poważnej Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku. Ostrość wzroku oceniana przy użyciu np. testów Snellena w obu oczach po korekcji musi być niższa niż 6/60 lub 20/200, lub musi zostać stwierdzone ograniczenie pola widzenia w obu oczach do nie więcej niż 20°. Świadczenie nie będzie należne, jeśli według opinii lekarzy Ubezpieczony może całkowicie lub częściowo odzyskać wzrok dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego lub wszczępieniu implantu.
- Choroba Crohna** – 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.
- Choroba neuronu ruchowego** – 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 Ubezpieczonego do:
  - poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji; lub
  - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
- Choroba Parkinsona** – oznacza wolno postępującą chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego przebiegającą z zajęciem neuronów tych obszarów mózgu, które odpowiadają za zmniejszenie poziomu dopaminy w mózgu (neurony dopaminergiczne). Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznaczne, a jednocześnie muszą zostać spełnione wszystkie wymienione niżej warunki:
  - brak odpowiedzi organizmu na leczenie farmakologiczne;
  - objawy postępującego upośledzenia sprawności organizmu;
  - obecność deficytów neurologicznych powodujących trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
- Ciężkie oparzenie** – oznacza uszkodzenie tkanek spowodowane działaniem czynników cieplnych, chemicznych lub elektrycznych, w wyniku którego dojdzie do oparzenia trzeciego stopnia lub na głębokość obejmującą całą grubość tkanki, o rozległości obejmującej co najmniej 20% powierzchni ciała ocenianej według „reguły dziewiątek”, lub tablicy Lunda i Browdera.
- Dystrofia mięśni** – oznacza grupę genetycznie uwarunkowanych miopatii o charakterze zwyrodnieniowym, cechujących się osłabieniem i zanikiem mięśni przebiegającym bez zajęcia układu nerwowego. W odniesieniu do niniejszej Umowy Dodatkowej, świadczenie będzie należne, jeśli u Ubezpieczonego zostanie rozpoznana Dystrofia mięśni powodująca wystąpienie deficytu neurologicznego, którego następstwem jest trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
- Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu** – oznacza obecność zagrażającego życiu, niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takimi jak: tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytronowa tomografia emisyjna (PET).



Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się: torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętnicznych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego.

W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

8. **Niedokrwistość aplastyczna** – oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.

Świadczenie będzie należne, jeśli zostaną stwierdzone dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:

- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm<sup>3</sup>;
- bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm<sup>3</sup>;
- liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm<sup>3</sup>.

9. **Niewydolność nerek** – oznacza schyłkową 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 dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.

10. **Nowotwór złośliwy** – oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina.

Świadczenie jest należne:

- jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii; oraz
- zajdzie konieczność zastosowania leczenia interwencyjnego, poważnej operacji lub objęcia Ubezpieczonego opieką paliatywną.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące Nowotwory złośliwe:

- guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
- mięśaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
- nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji);
- rak brodawkowy tarczycy, spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii.

11. **Operacja na naczyniach wieńcowych** – oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiochirurgii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej, w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej dwóch tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak: angioplastyka przezskórna, terapia laserowa czy inne metody leczenia nieoperacyjnego.

12. **Operacja wszczepienia protezy aortalnej** – oznacza przebycie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszonym lub piersiowym. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:

- operacje aorty uszkodzonej w wyniku urazu;
- operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
- zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.

13. **Operacja zastawek serca** – oznacza przebycie Operacji Chirurgicznej na otwartym sercu, 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.

14. **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo** – 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 jest należne, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Ubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.

15. **Piorunujące zapalenie wątroby** – 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 u Ubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej warunków:

- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby; oraz
- martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska; oraz
- szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Ubezpieczonego wykazują następujące cechy:
  - wyniki testów czynnościowych wątroby wskazujące na masywne uszkodzenie mięszu wątroby; oraz
  - obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.

16. **Porażenie (paraliż)** – oznacza całkowitą i trwałą utratę władzy Ubezpieczonego przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Poważnej Choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię lub całą nogę.

17. **Poważny uraz głowy** – oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku spowodowany siłą zewnętrzną, który powoduje deficyt neurologiczny, będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:



- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji; lub
  - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków; lub
  - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
18. **Przewlekła niewydolność oddechowa** – oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego u Ubezpieczonego. Świadczenie jest należne, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
- a) udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 8 godzin na dobę; oraz
  - b) wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra.
19. **Przewlekła niewydolność wątroby** – oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii.
20. **Stwardnienie rozsiane** – oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie przynajmniej dwóch z wymienionych poniżej nieodwracalnych ubytków neurologicznych u Ubezpieczonego:
- a) niedowładu kończyn;
  - b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym;
  - c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.

Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Rozpoznanie ostateczne stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub tomografia komputerowa (CT).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).

W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

21. **Śpiączka** – oznacza stan utraty przytomności przebiegający u Ubezpieczonego łącznie z brakiem 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 u Ubezpieczonego utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy.

Nie dotyczy stanów będących efektem stosowanych leków np. śpiączka farmakologiczna.

22. **Transplantacja głównych narządów** – oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
23. **Udar mózgu** – oznacza epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takimi jak: CT (tomografia komputerowa), MRI (magnetyczny rezonans jądrowy) lub PET (pozytronowa tomografia emisyjna), a istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
- W odniesieniu do Udaru mózgu, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
24. **Utrata kończyn** – oznacza całkowitą i trwałą utratę u Ubezpieczonego funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Poważnej Choroby.
25. **Utrata mowy** – oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy w wyniku Poważnej Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku. Utrata mowy musi utrzymywać się u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy.
- Roszczenie nie będzie zasadne jeśli, w opinii lekarza Ubezpieczony może całkowicie lub częściowo odzyskać mowę dzięki zastosowaniu odpowiedniej pomocy, leczenia, urządzenia medycznego lub wszczępieniu implantu.
26. **Utrata możliwości niezależnej egzystencji** – oznacza stan spowodowany Poważną Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem, w którym Ubezpieczony przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez) co najmniej trzech z sześciu wymienionych poniżej podstawowych „czynności życia codziennego”. Stan taki musi być uznany przez lekarza za trwały.

Czynności życia codziennego:

- a) zdolność samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpieli (w tym samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic i wyjścia z wanny lub spod prysznica) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
  - b) zdolność samodzielnego zakładania na siebie i zdejmowania wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym także, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
  - c) zdolność do samodzielnego przemieszczania się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
  - d) zdolność do poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
  - e) zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieracza pęcherza moczowego i odbytu;
  - f) zdolność do samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
27. **Utrata słuchu (głuchota)** – oznacza całkowitą, nieodwracalną Utratę słuchu przez Ubezpieczonego w obu uszach w następstwie Poważnej Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku. Pojęcie całkowitej Utraty słuchu oznacza próg słyszalności poniżej 90 decybeli. Roszczenie nie zostanie uznane za zasadne, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii Ubezpieczony może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego lub wszczępieniu implantu.



28. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego** – według niniejszej Umowy Dodatkowej wrzodzące zapalenie jelita grubego oznacza postać Choroby o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. W tej postaci zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszy im ciężka krwawa biegunka i objawy ogólnoustrojowe, a leczenie często jest operacyjne i polega na usunięciu okrężnicy i jelita krętego w całości (kolektomia i ileostomia totalna). Rozpoznanie musi opierać się na wynikach badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię.

29. **Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)** – oznacza rozpoznanie u Ubezpieczonego Choroby Alzheimera lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimera – postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozrzuconych zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym.

Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych charakteryzujących 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 u Ubezpieczonego wszystkie wymienione niżej warunki, a także zaistnieje związek przyczynowy z chorobą Alzheimera lub otępieniem innego rodzaju, takim jak:

- 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 Ubezpieczonym, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób.

30. **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego** – oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w związku ze:

- zranieniem podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych;
- kontaktem z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych.

Aby uznać zasadność roszczenia muszą zostać spełnione następujące warunki:

- do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej;
- w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
- 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 organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów objętych ubezpieczeniem:

Lekarze i stomatolodzy	Pielęgniarki (pielęgniarze)
Pracownicy laboratoriów	Szpitalny personel pomocniczy
Asystenci medyczni i stomatologiczni	Załoga karetki pogotowia
Położne	Strażacy
Policjanci	Strażnicy więzienni

W przypadkach, gdy istnieją odpowiednie regulaminy pracy odnoszące się do wypadków w pracy obowiązuje poniższa klauzula:

– Wypadek musi zostać zgłoszony zgodnie z przyjętym regulaminem pracy lub innymi przepisami obowiązującymi w danym zawodzie i uznanymi przez pracodawcę.

31. **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi** – oznacza zakażenie Ubezpieczonego ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV):

- w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej po dacie początku ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że instytucja, w której przeprowadzono transfuzję bierze na siebie odpowiedzialność lub sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie takiej odpowiedzialności oraz
- osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.

Świadczenie nie zostanie uznane za należne, jeśli na dzień zdarzenia dostępne będą metody skutecznego leczenia AIDS lub opracowane zostaną metody zapobiegania rozwojowi AIDS w następstwie zakażenia HIV.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Ubezpieczyciel musi mieć pełny dostęp do próbek krwi Ubezpieczonego oraz możliwość przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.

32. **Zapalenie mózgu** – oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące u Ubezpieczonego, przez co najmniej 6 tygodni, istotne powikłania, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowicze lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:

- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków; lub
- porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.

33. **Zawał serca** – oznacza jednoznaczne rozpoznanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru kiedy u Ubezpieczonego spełnione są trzy z czterech niżej wymienionych kryteriów:

- występuje ból zamostkowy typowy dla Zawału serca;



- b) zmiany w zapisie EKG są charakterystyczne dla świeżego Zawału serca;
- c) znamienne podwyższona aktywność markerów sercowych typowych dla Zawału serca;
- d) udokumentowane obniżenie funkcji lewej komory, takie jak zaburzenia kinetyki skurczu współlistniejące z upośledzeniem frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 45%, uwidocznione w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu Zawału serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego Zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca, za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

## **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE**

### § 4

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach Umowy Dodatkowej jest każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3 mające miejsce w okresie ubezpieczenia.

## **CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAMERICA ŻYCIE TUIR SA**

### § 5

1. Odpowiedzialność Pramerica Życie TUIR SA rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej i wygasa z chwilą rozwiązania Umowy ubezpieczenia, jednak nie później niż w dniu 65. urodzin Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że:
  - a) odpowiedzialność Pramerica Życie TUIR SA w zakresie Umowy Dodatkowej w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej ogranicza się do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego Wypadku;
  - b) w przypadku podwyższenia Sumy Ubezpieczenia, odpowiedzialność Pramerica Życie TUIR SA w terminie 3 miesięcy od daty dokonania takiej zmiany ogranicza się do Sumy Ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą, za wyjątkiem zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. W przypadku pracowników objętych ubezpieczeniem grupowym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek Poważnej Choroby bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, § 5 ust. 1 stosuje się odpowiednio, zaliczając okres ubezpieczenia w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z następującymi zastrzeżeniami:
  - a) zaliczenie tego okresu dotyczy wyłącznie wysokości Sumy Ubezpieczenia na wypadek Poważnej Choroby oraz zakresu ubezpieczenia, a w szczególności listy Poważnych chorób lub Operacji Chirurgicznych w poprzednim zakładzie ubezpieczeń;
  - b) dotyczy tylko pracowników Świadczących pracę i objętych Ubezpieczeniem z tytułu Umowy Dodatkowej w dniu jej wejścia w życie;
  - c) wysokość wypłaconego Świadczenia nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia wynikającej z niniejszej Umowy Dodatkowej.Zaliczenie okresu poprzedniego ubezpieczenia ma zastosowanie wyłącznie pod warunkiem dostarczenia do Pramerica Życie TUIR SA listy osób ubezpieczonych w poprzednim zakładzie ubezpieczeń wraz z danymi dotyczącymi Sumy Ubezpieczenia na wypadek Poważnej Choroby, okresu ubezpieczenia oraz potwierdzeniem rezygnacji z tego ubezpieczenia przed datą wejścia niniejszej Umowy Dodatkowej.

## **WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAMERICA ŻYCIE TUIR SA**

### § 6

1. Pramerica Życie TUIR SA wolna jest od odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadkach określonych w § 18 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz jeżeli Poważna Choroba lub Operacja Chirurgiczna nastąpi pośrednio lub bezpośrednio w wyniku:
  - a) samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego choćby w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności Ubezpieczonego;
  - b) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy (z wyłączeniem obrony własnej);
  - c) obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełniania przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania;
  - d) udziału ubezpieczonego w indywidualnych lub zorganizowanych zawodach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka, w szczególności, takich jak: nurkowanie, alpinizm, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi lub rajdy motocyklowe lub samochodowe, skoki na linie, parolotnie, sporty motorowodne, sporty walki, z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych;
  - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza;
  - f) na skutek Zakażenia HIV z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 30 oraz 31;
  - g) radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
  - h) działania trucizny, trujących gazów lub oparów;
  - i) zaniechaniu lub niezastosowaniu się do zaleceń lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu Poważnej Choroby lub w celu złagodzenia następstw Poważnej Choroby;
2. Pramerica Życie TUIR SA nie jest zobowiązana do wypłaty Świadczenia za zdarzenie ubezpieczeniowe, w przypadku, gdy choroba stanowiąca Poważną Chorobę lub będąca podstawą zalecenia Operacji Chirurgicznej była bezpośrednio lub pośrednio związana ze stanem chorobowym rozpoznany przed zawarciem umowy dodatkowej.
3. Pramerica Życie TUIR SA nie jest zobowiązana do wypłaty Świadczenia za zdarzenie ubezpieczeniowe, jeśli Poważna Choroba lub Operacja Chirurgiczna nastąpiła w trakcie przebywania Ubezpieczonego poza terytorium państw UE, USA i Kanady przez okres przekraczający łącznie 13 tygodni w trakcie dowolnych 12 miesięcy, chyba że wystąpienie Poważnej Choroby lub Operacji Chirurgicznej zostało potwierdzone postępowaniem diagnostycznym w Polsce lub innych krajach UE, USA lub Kanady.



## WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 7

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Pramerica Życie TUIR SA wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące Sumę Ubezpieczenia aktualną na dzień zdarzenia w wysokości określonej w Specyfikacji Polisy pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez 28 dni od daty zdiagnozowania Poważnej Choroby lub zakończenia Operacji Chirurgicznej.
- 2) Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy Poważnej Choroby pojawią się lub gdy Operacja Chirurgiczna nastąpi lub zostanie zalecona po raz pierwszy po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej za wyjątkiem sytuacji, gdy Poważna Choroba lub Operacja Chirurgiczna nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.  
Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie z tytułu Umowy Podstawowej. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego, zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej będzie zredukowany o Poważną Chorobę lub Operację Chirurgiczną, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o Poważne Choroby i Operacje Chirurgiczne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym.
- 3) Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wszystkie składki z tytułu Umowy ubezpieczenia zostały opłacone.
- 4) Wypłata świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Pramerica Życie TUIR SA dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Pramerica Życie TUIR SA zgodnie z warunkami Umowy Dodatkowej.
- 5) W trakcie postępowania wszczętego w związku ze zgłoszeniem zdarzenia ubezpieczeniowego Pramerica Życie TUIR SA ma prawo do zlecenia przeprowadzenia badania lekarskiego Ubezpieczonego. Badania będą przeprowadzone na koszt Pramerica Życie TUIR SA. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Pramerica Życie TUIR SA może uchylić się od wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
- 6) W przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie Świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu zostaną wypłacone Uposażonym.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

- 1) Wszelkie sprawy nieuregulowane Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie, Specyfikacji Polisy oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.
- 2) Niniejsze Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnej Choroby Ubezpieczonego zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 01/10/2008 Zarządu Pramerica Życie TUIR SA z dnia 31 października 2008 r. i wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2008 r.

Beata Andruszkiewicz



Prezes Zarządu  
Pramerica Życie TUIR SA

Yolanta Grygorczyk



Członek Zarządu  
Pramerica Życie TUIR SA