

Zakres ubezpieczenia

LP.	Poważne zachorowanie	Zakres ubezpieczenia		
		Ubezpieczony – maksymalny	Małżonek – rozszerzony	Dziecko
20.	<p>takie zapalenie mózgu</p> <p>które oznacza ostrą chorobę zapalną mózgu, która doprowadziła do powstania trwałych objawów ubytkowych (uszkodzenia struktury mózgu); wystąpienie zapalenia mózgu oraz trwałych objawów ubytkowych musi zostać potwierdzone jednoznacznie przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.</p>	nie	nie	tak

6. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u danej osoby kolejnego tego rodzaju poważnego zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, z tytułu których wypłacono wcześniej świadczenie, będących w normalnym związku przyczynowo-skutkowym z zachorowaniem opisanym w ust. 9 poniżej, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
7. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony, małżonek albo dziecko będzie pozostawało przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania (w tym przed końcem okresu karencji) oraz poważnych zachorowań pozostających w normalnym związku przyczynowo-skutkowym ze schorzeń, które były zdiagnozowane lub leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane), w okresie 3 lat przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania.
9. Postanowienia ust. 6 i 8 powyżej odnoszą się do następujących chorób, zdefiniowanych w ust. 5 powyżej, które zostały zdiagnozowane lub leczone (o ile wcześniej zostały zdiagnozowane) przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania:
 - 1) stwierdzenia występowania komórek o niskim zróżnicowaniu (niedojrzałych), o budowie znacznie odbiegającej od obrazu prawidłowych tkanek – w przypadku nowotworu złośliwego;
 - 2) kłębuszkowego zapalenia nerek, stwardnienia naczyniowego nerek, torbielowatość nerek, tocznia rumieniowatego – w przypadku niewydolności nerek;
 - 3) zespołu jelita krótkiego, białaczki, szpiczaka, niewydolności nerek – w przypadku przeszczepu narządu;
 - 4) jaskry w przypadku utraty wzroku;
 - 5) choroby Parkinsona, stwardnienia rozsianego – w przypadku paraliżu.
10. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poważnego zachorowania określone są w § 17.

XIX. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego

Zakres ubezpieczenia

§ 36

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego na zasadach opisanych w ust. 2 i 3 poniżej oraz § 37.
2. Za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia uważa się:
 - 1) ablację – zabieg kardiologiczny mający na celu fizyczne usunięcie ogniska bodźcotwórczego w miejscu jego powstawania w obszarze serca za pomocą prądu o częstotliwości radiowej;

- 2) chemioterapię – metodę leczenia choroby nowotworowej lekami z grupy leków L według klasyfikacji ATC podawanymi drogą pozajelitową;
 - 3) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora – zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu Ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w związku z występującymi zaburzeniami rytmu pochodzenia komorowego lub epizodami nagłego zatrzymania krążenia;
 - 4) radioterapia – metodę leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
 - 5) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) – zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu Ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca;
 - 6) leczenie immunologiczne – metodę leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C przy zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową;
 - 7) leczenie biologiczne – metodę leczenia choroby Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub reumatoidalnego zapalenia stawów polegająca na dożylnym podawaniu leków z grupy blokerów TNF-alfa.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela leczenia specjalistycznego, tj.:
- 1) chemioterapii albo radioterapii,
 - 2) leczenia immunologicznego,
 - 3) wszczepienia kardiowertera / defibrylatora,
 - 4) wszczepienia rozrusznika serca,
 - 5) ablacji,
 - 6) leczenia biologicznego.

Zasady odpowiedzialności i wyłączenia odpowiedzialności

§ 37

1. Z zastrzeżeniem ust 2 poniżej, w przypadku wystąpienia jednego ze zdarzeń określonych w § 36 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, w następującej wysokości:
 - 1) chemioterapia lub radioterapia – 100% kwoty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego określonego w certyfikacie;
 - 2) leczenie immunologiczne – 100% kwoty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego określonego w certyfikacie;
 - 3) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora – 50% kwoty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego określonego w certyfikacie;
 - 4) wszczepienie rozrusznika serca – 50% kwoty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego określonego w certyfikacie;
 - 5) ablacja – 50% kwoty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego określonego w certyfikacie;
 - 6) leczenie biologiczne – 100% kwoty świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego określonego w certyfikacie.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje leczenia specjalistycznego, któremu poddał się Ubezpieczony przed rozpoczęciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela bądź jest normalnym następstwem choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana) w okresie 3 lat przed tym dniem.

3. Postanowienia ust. 2 powyżej odnoszą się do następujących chorób zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego: zapalenia wątroby typu C – w przypadku leczenia immunologicznego, choroby Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub reumatoidalnego zapalenia stawów – w przypadku leczenia biologicznego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie danego leczenia specjalistycznego w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego leczenia specjalistycznego, co jest uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
5. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poważnego zachorowania określone są w § 17.
6. Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w przypadku radioterapii lub chemioterapii, co jest uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w trakcie leczenia specjalistycznego, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie świadczenie z tytułu zgonu, z wyjątkiem sytuacji gdy Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, a na podstawie otrzymanej dokumentacji jest możliwe ustalenie odpowiedzialności ERGO Hestii.

XX. Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

Zasady odpowiedzialności

§ 38

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w certyfikacie.
2. Wysokość świadczenia zależna jest od zakwalifikowania danej operacji chirurgicznej do grupy, której w umowie ubezpieczenia przyporządkowana jest kwota świadczenia (oznaczenie grupy, do której należy dana operacja zamieszczone jest przy każdej operacji chirurgicznej, o której mowa w ust. 4).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych wymienionych w załączniku do Warunków Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel uznaje za jedną operację chirurgiczną kolejne etapy leczenia obejmujące standardowo wykonywane procedury chirurgiczne prowadzące do wyleczenia tej samej jednostki chorobowej oraz kolejne operacje chirurgiczne wykonywane w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, mające związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).
5. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną jednak nie więcej niż kwotę świadczenia przewidywanego dla operacji z grupy 1.
6. Świadczenie z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w czasie wykonywania operacji zmarł.
7. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w danym roku trwania ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty świadczenia przewidywanego w certyfikacie dla operacji chirurgicznych z grupy 1. Ostatnim dniem roku trwania ubezpieczenia jest zawsze dzień poprzedzający rocznicę polisy.
8. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć dwukrotności świadczenia przewidywanego w certyfikacie dla operacji chirurgicznych z grupy 1.
9. Ograniczenie wskazane w zdaniu pierwszym nie dotyczy sytuacji, gdy kwoty świadczeń przekraczające wskazany powyżej limit wypłacane będą z tytułu operacji chirurgicznych będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który nie był przyczyną wypłat świadczeń przed przekroczeniem limitu.