

3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia wskazanego w ust. 1 powyżej nie może być wyższy niż 100%.
4. Ubezpieczyciel może wypłacić na rzecz danego Ubezpieczonego jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
5. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.
6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczone bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez lekarza orzecznika, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.
7. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć normalny związek przyczynowo-skutkowy.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego i został określony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
9. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, wypłaci bezsporną część świadczenia w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ono należne, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
10. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel stosuje Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, będące załącznikiem do Warunków Ubezpieczenia
11. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

## XVIII. Poważne zachorowanie

### Zasady odpowiedzialności

#### § 35

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości zależnej od wybranego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia, określonej w certyfikacie uczestnictwa. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, jest objęcie wystąpienie poważnych zachorowań Ubezpieczonego w zakresie maksymalnym obejmującym wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w tabeli w ust. 5 poniżej jako występujące w zakresie ubezpieczenia;
2. Wybrany przez Ubezpieczonego wariant ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać:
  - 1) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania małżonka w zakresie rozszerzonym,

- 2) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w wieku od 1 roku do 18 lat (odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego).
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka oraz dziecka, w wysokości zależnej od wybranego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia, określonej w certyfikacie, wypłacane jest Ubezpieczonemu.
4. W ramach ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania małżonka i u dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wyłącznie wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w tabeli w ust. 5 poniżej, o ile objęte są zakresem ubezpieczenia w wybranym przez Ubezpieczonego wariantcie.
5. Za poważne zachorowanie, w rozumieniu Warunków Ubezpieczenia uważa się (definicje występujące w niniejszym ustępie mogą odbiegać od ich potocznego znaczenia):

LP.	Poważne zachorowanie	Zakres ubezpieczenia			
		Ubezpieczony – maksymalny	Małżonek – rozszerzony	Dziecko	
1.	taki zawał mięśnia sercowego	gdzie jednoznacznie rozpoznana została martwica części mięśnia sercowego spowodowaną ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone zostanie wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów: a. typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie, b. nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego, c. charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK), d. charakterystyczny wzrost aktywności troponiny, e. frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia);	tak	tak	nie
2.	takie operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)	które wykonane zostało w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeskórnej;	tak	tak	nie
3.	taki udar mózgu	który został spowodowany incydem naczyniowo-mózgowym wywołującym objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmującym: a. zawał tkanki mózgowej, b. krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, c. zator materiałem pozaczaszkowym; wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg ten nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu);	tak	tak	nie

## Zakres ubezpieczenia

## LP. Poważne zachorowanie

		Ubezpieczony – maksymalny	Małżonek – rozszerzony	Dziecko	
4.	taki nowotwór złośliwy	który objawia się obecnością złośliwego guza, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek oraz naciekaniem tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:			
	a.	wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,	tak	tak	tak
	b.	wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,			
	c.	nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,			
	d.	choroba Hodgkina w pierwszym stadium,			
	e.	nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,			
		za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histologicznego;			
5.	taką niewydolność nerek	które oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki;			
		tak	tak	tak	
6.	taki przeszczep narządu	który oznacza leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;			
		tak	tak	tak	
7.	taką utratę wzroku	która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego;			
		tak	tak	tak	
8.	taki paraliż	który oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;			
		tak	tak	tak	
9.	takie poparzenie	które oznacza oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała;			
		tak	tak	tak	
10.	takie stwardnienie rozsiane	które zostało jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego; zmiany neurologiczne muszą występować u osoby ubezpieczonej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi; dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej;			
		tak	tak	nie	
11.	taki przeszczep zastawki serca	który oznacza chirurgiczną wymianę jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:			
	a.	walwuloplastyka,	tak	tak	nie
	b.	walwulotomia,			
	c.	komisurotomia;			

## Zakres ubezpieczenia

## LP. Poważne zachorowanie

		Ubezpieczony – maksymalny	Małżonek – rozszerzony	Dziecko	
12.	taką operację aorty	która oznacza leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu; pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności;	tak	tak	nie
13.	taką utratę mowy	która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w wyniku choroby lub urazu; utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy;	tak	nie	nie
14.	taką śpiączkę	która oznacza stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpieczonego w co najmniej 25%; świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni;	tak	nie	nie
15.	taką utratę słuchu	która oznacza obustronną i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu;	tak	nie	nie
16.	taką utratę kończyn	która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji lub całkowitą fizyczną utratę dwóch lub więcej kończyn powyżej nadgarstka lub stawu skokowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby;	tak	nie	nie
17.	taki łagodny guz mózgu	który 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, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR); z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego;	tak	nie	nie
18.	takie zapalenie wątroby (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby)	które oznacza rozległą martwicę wątroby spowodowaną zapaleniem wątroby, prowadzącą do jej niewydolności; rozpoznanie musi być potwierdzone łącznym wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów: a. gwałtowne zmniejszenie masy wątroby, b. rozległa martwica rozplywna, c. nagły spadek wartości badań laboratoryjnych określających funkcję wątroby, d. narastająca żółtaczka; nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby typu B lub wyłącznie zakażenie wirusowe wątroby nie powodują powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;	tak	nie	nie
19.	taki oponiak mózgu	który oznacza guz mózgu weryfikowany badaniem histologicznym jako oponiak mózgu; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje wewnątrzczaszkowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;	nie	nie	tak

## Zakres ubezpieczenia

## LP. Poważne zachorowanie

		Ubezpieczony – maksymalny	Małżonek – rozszerzony	Dziecko	
20.	takie zapalenie mózgu	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.	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;