

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców
Kod OWU: KGLBS/04/2026

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zatwierdzona Uchwałą nr 28/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 19 kwietnia 2026 r.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3 § 11 § 12 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 Załącznika nr 1 do OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4 § 4 ust. 3 i 4 § 10 z uwzględnieniem definicji pojęć znajdujących się w § 1 Załącznika nr 1 do OWU

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców
Kod OWU: KGLBS/04/2026

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia – Indywidualne ubezpieczenie na życie kredytobiorców (OWU), stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwanej dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, albo wobec których postępowanie diagnostyczno – lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący Załącznik nr 1 do OWU;
 - 3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie stanu zdrowia ubezpieczonego, na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 4) **kredyt** – kredyt o wartości nie przekraczającej kwoty 350 000 zł udzielony przez kredytodawcę ubezpieczającemu, zgodnie z obowiązującymi u kredytodawcy regulacjami; na potrzeby niniejszych OWU wyróżniamy:
 - a) kredyt gotówkowy/pożyczka gotówkowa,
 - b) kredyt w rachunku bieżącym/kredyt obrotowy/ linia kredytowa;
 - 5) **kredytobiorca/współkredytobiorca** – osoba fizyczna w tym osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z kredytodawcą umowę kredytu;
 - 6) **kredytodawca** – przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku kodeks cywilny, który w zakresie swojej działalności gospodarczej lub zawodowej zawiera z kredytobiorcą umowę kredytu; na potrzeby niniejszych OWU przez kredytodawcę rozumie się w szczególności bank, bank spółdzielczy;
 - 7) **okres kredytowania** – okres wskazany w postanowieniach umowy kredytu, rozpoczynający się od dnia wypłaty środków pieniężnych i kończący się w dniu wskazanym jako data spłaty ostatniej raty kredytu;
 - 8) **pierwotny harmonogram spłaty kredytu** – zestawienie generowane przez kredytodawcę zawierające harmonogram spłaty ustalony przy zawarciu umowy kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej;
 - 9) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia;
 - 10) **rata kredytu** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w terminach zgodnych z pierwotnym harmonogramem spłaty kredytu gotówkowego/ pożyczki gotówkowej;
 - 11) **składka** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 12) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego:
 - a) **stała suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia stanowiąca podstawę do ustalenia świadczenia o wartości przyznanego kredytu w rachunku bieżącym/kredytu obrotowego/ linii kredytowej;
 - b) **malejąca suma ubezpieczenia** – kwota określona w umowie ubezpieczenia stanowiąca podstawę do ustalenia świadczenia z tytułu ubezpieczenia do kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej, gdzie spłata następuje ratalnie (miesięcznie);
 - 13) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 14) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem, w wyniku których ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy. Powyższe zmiany w stanie zdrowia powinny zostać potwierdzone orzeczeniem wydanym przez właściwego lekarza orzecznika lub właściwą komisję lekarską, prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5;
 - 15) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, zawierająca umowę ubezpieczenia, która zawarła z kredytodawcą umowę kredytu;
 - 16) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, będąca kredytobiorcą, spełniająca warunki określone w niniejszych OWU, której w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, życie albo życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
 - 17) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.;
 - 18) **umowa kredytu** – umowa zawierana pomiędzy ubezpieczonym a kredytodawcą, określająca wysokość, warunki oraz harmonogram spłaty kredytu (o ile dotyczy) zgodnie z zasadami udzielania kredytów określonymi przez kredytodawcę;
 - 19) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem (strony umowy ubezpieczenia), na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;

- 20) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
- 21) **wnioskopolisa** – formularz wniosku ubezpieczyciela o zawarcie umowy ubezpieczenia będący jednocześnie polisą potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego;
- 22) **wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej;
- 23) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno – leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
 - a) w przypadku nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, paraliżu nie spowodowanego wypadkiem, utraty wzroku lub utraty słuchu nie spowodowanej wypadkiem, utraty mowy, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, choroby Creutzfeldta – Jakoba, zakażenia wirusem HIV (w wyniku transfuzji krwi), stwardnienia rozsianego z utrwalonymi ubytkami neurologicznymi, choroby Alzheimera, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych, kardiomiopatii, zapalenia mózgu, schyłkowej niewydolności wątroby, piorunującego wirusowego zapalenia wątroby, schyłkowej niewydolności oddechowej, choroby Parkinsona, sepsy o ciężkim przebiegu, neuroboreliozy, tężca, wścieklizny nie związanej z wypadkiem, gruźlicy, choroby neuronu ruchowego, infekcyjnego zapalenia wsierdzia, nadciśnienia płucnego pierwotnego (idiopatyczne), twardziny układowej (uogólniona sklerodermia), reumatoidalnego zapalenia stawów o ciężkim przebiegu, toczenia rumieniowatego układowego, cukrzycy o ciężkim przebiegu, choroby Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu – postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania, określonych odpowiednio w katalogu poważnych zachorowań, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia;
 - b) w przypadku operacji: chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej (by-pass); przeszczepu narządów, operacji aorty, operacji zastawek serca, utraty kończyny wskutek choroby, ropnia mózgu – przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego;
 - c) w przypadku: niewydolności nerek, przezskórnej angioplastyki wieńcowej, anemii aplastycznej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o ciężkim przebiegu – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, po spełnieniu wszystkich wymienionych i wymaganych kryteriów poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań;
 - d) w przypadku: paraliżu, utraty kończyn, utraty wzroku, utraty słuchu, ciężkiego oparzenia, pourazowego uszkodzenia mózgu – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie, a w przypadku wyboru wariantu ubezpieczenia 2 lub 3 również zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje, w zależności od wybranego przez ubezpieczającego wariantu, następujące ryzyka:
 - 1) wariant 1: śmierć ubezpieczonego;
 - 2) wariant 2: śmierć ubezpieczonego albo trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego;
 - 3) wariant 3: śmierć ubezpieczonego albo trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego albo poważne zachorowanie ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego pod warunkiem, że poważne zachorowanie miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz było skutkiem choroby lub wypadku, które miały miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
5. Od dnia, w którym ubezpieczony nabył prawa do świadczenia emerytalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego, przez trwałą i całkowitą niezdolność do pracy rozumie się zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego będące wynikiem wypadku, które zaistniały w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela i skutkują zdaniem komisji lekarskiej jednym z wymienionych poniżej trwałych uszczerbków na zdrowiu:
 - 1) utratą obu ud;
 - 2) utratą obu podudzi;
 - 3) utratą jednego ramienia;
 - 4) utratą jednej nogi powyżej kolana;
 - 5) utratą jednego przedramienia;
 - 6) utratą jednej dłoni i jednej stopy;
 - 7) utratą wzroku w obu oczach;
 - 8) całkowitą utratą słuchu;
 - 9) całkowitą utratą mowy;z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Użyte w ust. 5 terminy oznaczają:
 - 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
 - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
 - 3) dłoń – palce i śródrezcze;

- 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
 - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo – goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
 - 6) utrata – fizyczna utrata narządu lub trwała utrata władzy nad narządem.
7. W okresie odpowiedzialności, o którym mowa w § 4 ust. 3, ubezpieczyciel odpowiada w przypadku:
- 1) utraty mowy;
 - 2) utraty wzroku;
 - 3) utraty słuchu;
- które zaszły w wyniku wypadku.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony. Okres ubezpieczenia wskazany jest we wniosku i jest nie dłuższy niż okres trwania umowy kredytu oraz nie dłuższy niż 120 miesięcy.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionej wniosku podpisanego przez strony umowy ubezpieczenia, nie później niż w dniu uruchomienia kredytu.
3. W przypadku zawarcia przez ubezpieczonego kolejnej umowy kredytu wniosku składana jest odrębnie dla każdej umowy kredytu.
4. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z kredytodawcą umowę kredytu, z zastrzeżeniem iż łączna suma ubezpieczenia w przypadku umów kredytu zawartych przez ubezpieczonego z kredytodawcą nie może być wyższa od kwoty 350 000 zł;
 - 2) nie jest osobą z orzeczoną niezdolnością do pracy lub z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi;
 - 3) ukończyła 18 lat i jej wiek w ostatnim dniu okresu, na który został udzielony kredyt, będzie nie wyższy niż 70 lat; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie 3, wiek w ostatnim dniu okresu, na który został udzielony kredyt, będzie nie wyższy niż 55 lat;
 - 4) złożyła ubezpieczycielowi podpisaną wniosek wraz ze stosownymi oświadczeniami;
 - 5) zapłaciła składkę, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6.
5. W przypadku, gdy umowa kredytu zawarta została przez więcej niż jedną osobę, ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU objęte mogą być wszystkie osoby, które spełniają warunki określone w ust. 4, z zastrzeżeniem § 8 ust. 3, przy czym umowa ubezpieczenia zawierana jest z każdym współkredytobiorcą odrębnie, zgodnie z zasadami określonymi w § 8 ust. 4.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się w dniu wskazanym we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni od wpłaty składki.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia ryzyka poważnego zachorowania ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż po upływie 90 dni od wpłaty składki, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w Załączniku nr 1 do OWU w katalogu poważnych zachorowań tj. utraty mowy, utraty wzroku, utraty słuchu, powstałych w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego we wniosku jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłaty składki.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi wypowiedzenia;
 - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 4) wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego;
 - 5) wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego – z dniem wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego;
 - 6) rozwiązania umowy kredytu lub wygaśnięcia umowy kredytu – z dniem zakończenia umowy kredytu;
 - 7) upływu okresu ubezpieczenia.

- Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana na skutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 9 ust. 6.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w ust. 1 pkt 1)– 2), nie później jednak niż po ukończeniu przez ubezpieczonego 55 roku życia.

§6

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
- Odstąpienie przez ubezpieczającego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim (Dz.U. 2016 poz. 1528 z późn. zm.) jest równoznaczne z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania.
- Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie.
- Dzień złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia jest odpowiednio dniem odstąpienia lub dniem wypowiedzenia.

§7

- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
- W przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie o kredycie konsumenckim, pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy kredytu, ubezpieczającemu przysługuje zwrot całej składki.
- W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia nie jest możliwe.

SUMA UBEZPIECZENIA

§8

- W przypadku kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej, gdzie spłata kapitału następuje ratalnie, suma ubezpieczenia jest malejąca w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia jest równa aktualnej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego kwocie wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu i obejmują sumę rat kapitałowych pozostałych do spłaty w danym momencie w oparciu o pierwotny harmonogram spłaty kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3.
- W przypadku kredytu w rachunku bieżącym/kredytu obrotowego/linii kredytowej, gdzie spłata kapitału następuje z końcem obowiązywania umowy kredytu, suma ubezpieczenia jest stała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i odpowiada kwocie przyznanego limitu zadłużenia zgodnie z umową kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3.
- W przypadku posiadania przez ubezpieczonego kilku umów kredytu i związanych z nimi umów ubezpieczenia łączna suma ubezpieczenia, na dzień zawarcia umów ubezpieczenia wynikająca z umów kredytu, o których mowa powyżej, nie może być wyższa od kwoty 350 000 zł.
- W sytuacji, gdy umowa kredytu została zawarta przez więcej niż jedną osobę, suma ubezpieczenia dla każdego kredytobiorcy wynika z podzielenia sumy ubezpieczenia określonej w ust. 1 i 2 przez liczbę współkredytobiorców.
- Suma ubezpieczenia ustalona jest w umowie ubezpieczenia i nie może być wyższa od kwoty 350 000 zł dla każdego ubezpieczonego.
- W sytuacji, gdy umowa kredytu zawarta jest przez więcej niż jedną osobę, suma ubezpieczenia może zostać ustalona w inny sposób niż wskazany w ust. 4, za zgodą ubezpieczyciela.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§9

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić składkę w wysokości wskazanej we wnioskopolisie.
- Składka płatna jest z góry jednorazowo za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku kredytu gotówkowego/pożyczki gotówkowej, wysokość składki obliczana jest jako iloczyn wysokości udzielonego kredytu (z uwzględnieniem wysokości kredytowanej składki, jeżeli składka jest kredytowana), stawki taryfowej oraz liczby rat udzielonego kredytu wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłat i nie podlega indeksacji.
- W przypadku kredytu w rachunku bieżącym/kredytu obrotowego/linii kredytowej wysokość składki obliczana jest jako iloczyn wysokości udzielonego kredytu (z uwzględnieniem wysokości kredytowanej składki, jeżeli składka jest kredytowana), stawki taryfowej oraz okresu liczonego w miesiącach, na jaki umowa kredytu została zawarta i nie podlega indeksacji.
- Składka wyliczana jest na dzień początku ochrony ubezpieczeniowej i uruchomienia kredytu.
- Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić składkę najpóźniej w dniu wskazanym we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia, w wysokości i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.
- Brak wpłaty składki, o której mowa w ust. 1, w terminie oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a rozpocznie się od dnia następnego po wpłacie składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
- Brak wpłaty składki w terminie 30 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie jako początek okresu ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego z upływem tego terminu.
- Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§10

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
 - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczki górskiej na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub skałkowej wymagającej użycia sprzętu specjalistycznego (tj. karabinki, uprząże, liny wspinaczkowe), speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, sportów motorowodnych, skoków na gumowej linie;
 - 7) wypadku lotniczego, jeżeli ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) działania ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 9) zatrucia alkoholem lub niezaleconym przez lekarza zażyciem: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
 - 10) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 11) rozpoznanych u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień.
2. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
3. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach, w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§11

1. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu.
2. Uprawnionym do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego jest osoba fizyczna lub prawna wskazana przez ubezpieczonego.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego jest ubezpieczony.
4. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
5. W zakresie umów ubezpieczenia zawartych na stałą sumę ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, która odpowiada kwocie przyznanego limitu zadłużenia.
6. W zakresie umów ubezpieczenia zawartych na malejącą sumę ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień zajścia zdarzenia, która odpowiada kwocie obliczanej na podstawie pierwotnego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z kredytu i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty zgodnie z pierwotnym harmonogramem.
7. Wysokość świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego obliczana jest według stanu na dzień, w którym orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zostało wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub właściwą komisję lekarską lub zostało potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu lub decyzją organu rentowego. W przypadku, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie ubezpieczyciela liczone jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Od dnia, w którym ubezpieczony nabył prawa do świadczenia emerytalnego z tytułu ubezpieczenia społecznego, świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego obliczane jest według stanu na dzień wypadku, który spowodował zdaniem komisji lekarskiej ubezpieczyciela jeden z trwałych uszczerbków na zdrowiu ubezpieczonego, o których mowa w § 2 ust. 5.
8. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia tych ryzyk i umowa ubezpieczenia się rozwiązuje.

9. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. W przypadku wskazania lub zmiany uprawnionego w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.
10. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
11. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).
12. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
13. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

§12

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3 – 8, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Dokumentami tymi są:
 - 1) w przypadku śmierci ubezpieczonego:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu);
 - c) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do wglądu;
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna lub dokumentacja związana z wypadkiem);
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego:
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu;
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika, orzeczenie właściwej komisji lekarskiej, prawomocne orzeczenie lub prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego określające stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - c) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 3) w przypadku poważnego zachorowania ubezpieczonego:
 - a) kopia dokumentu tożsamości ubezpieczonego do wglądu;
 - b) dokumentacja lekarska potwierdzająca wystąpienie zachorowania danego rodzaju (np. wynik badania histopatologicznego, dokumentacja potwierdzająca rozpoznanie zawału serca, udaru mózgu);
 - c) posiadana dokumentacja lekarska z przebiegu leczenia ubezpieczonego (np. historia choroby, wyniki badań, karty informacyjne leczenia szpitalnego);
 - d) inne dokumenty, które ubezpieczyciel wskaże jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz innych dokumentów, ubezpieczyciel, w przypadku zdarzenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego, ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
6. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
7. Jeżeli w terminach określonych w ust. 5 – 6 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie

- o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
 10. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§13


1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający, oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Reklamacje, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów,
 - 2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów.
5. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
6. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
7. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
8. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§14

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
3. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela uregulowane jest w następujących przepisach:
 - 1) ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;
 - 2) ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
4. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
5. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.
6. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
8. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

§15

Niniejsze OWU wraz z załącznikiem zostały zatwierdzone Uchwałą nr 28/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ WARTA

§1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy;
- 2) zawał serca;
- 3) udar mózgu;
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass);
- 5) niewydolność nerek;
- 6) przeszczep narządów;
- 7) paraliż;
- 8) utrata kończyn;
- 9) utrata wzroku;
- 10) utrata słuchu;
- 11) utrata mowy;
- 12) ciężkie oparzenia;
- 13) łagodny nowotwór mózgu;
- 14) śpiączka;
- 15) operacja aorty;
- 16) choroba Alzheimerera;
- 17) schyłkowa niewydolność wątroby;
- 18) operacja zastawek serca;
- 19) stwardnienie rozsiane z utrwalonymi ubytkami neurologicznymi;
- 20) choroba Parkinsona;
- 21) anemia aplastyczna;
- 22) zapalenie mózgu;
- 23) schyłkowa niewydolność oddechowa;
- 24) bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych;
- 25) choroba Creutzfeldta – Jakoba;
- 26) zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi);
- 27) przezskórna angioplastyka wieńcowa;
- 28) kardiomiopatia;
- 29) ropień mózgu leczony operacyjnie;
- 30) sepsa o ciężkim przebiegu;
- 31) piorunujące wirusowe zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby);
- 32) neuroborelioza;
- 33) tężec;
- 34) wścieklizna;
- 35) gruźlica;
- 36) choroba neuronu ruchowego;
- 37) infekcyjne zapalenie wsierdzia;
- 38) nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne);
- 39) pourazowe uszkodzenie mózgu;
- 40) reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu;
- 41) toczeń rumieniowaty układowy;
- 42) twardzina układowa (uogólniona sklerodermia);
- 43) wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu;
- 44) cukrzyca o ciężkim przebiegu;
- 45) choroba Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu.

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§2

Za nowotwór (guz) złośliwy uważa się nowotwór złośliwy inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji;
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1a N0M0 według klasyfikacji TNM;
- 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0);
- 5) przewlekłe białaczki limfatyczne w stadium niższym niż 3 według klasyfikacji Rai;

- 6) wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
 - 7) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:

- 1) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
- 2) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
- 3) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

ZAWAŁ SERCA

§3

Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego wywołaną nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.

Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznymi wykładnikami niedokrwienia mięśnia sercowego:

- 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
- 2) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:

- 1) każde zdarzenie, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa);
- 2) podwyższenie biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej).

UDAR MÓZGU

§4

Za udar mózgu uważa się martwicę tkanki mózgowej wywołaną przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- 1) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
- 2) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
- 3) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) wszelkie epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA, RIND);
- 2) zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowane zewnętrznym urazem;
- 3) wtórne krwotoki do istniejących ognisk podarowych;
- 4) jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom utrwalonym objawom klinicznym;
- 5) symptomy spowodowane migreną;
- 6) choroby naczyń wpływające na wzrok lub nerw wzrokowy lub system równowagi;
- 7) niedokrwienie spowodowane niewydolnością kręgowo-podstawną (objawy niewydolności kręgowo-podstawnej).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ (BY – PASS)

§5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§6

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.

PRZESZCZEP NARZĄDÓW

§7

Za przeszczepianie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- 1) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- 2) allogeniczny przeszczep szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

PARALIŻ

§8

Za paraliż uważa się całkowitą i trwałą utratę funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowaną urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu rozpoznaną przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia.

UTRATA KOŃCZYN

§9

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowanych wypadkiem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów.

UTRATA WZROKU

§10

Za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obuoczną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA SŁUCHU

§11

Za utratę słuchu uważa się całkowitą i nieodwracalną obuuszną utratę słuchu spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

UTRATA MOWY

§12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

CIEŻKIE OPARZENIA

§13

Za ciężkie oparzenia uważa się oparzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:

- 1) powyżej 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
- 2) co najmniej 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§14

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu i opon mózgu, lub nerwów czaszkowych, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych lub badań immunologicznych lub histopatologicznych. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: guzy przysadki i szyszynki, torbiele, ziarniniaki, malformacje naczyniowe.

ŚPIĄCZKA

§15

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie 90 dni od przebycia epizodu śpiączki. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających.

OPERACJA AORTY

§16

Za operację aorty uważa się operację chirurgiczną aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzoną z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

CHOROBA ALZHEIMERA

§17

Za chorobę Alzheimera uważa się pogorszenie lub utratę czynności intelektualnych spowodowaną nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych. Przypadki innych typów demencji nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§18

Za schyłkową niewydolność wątroby uważa się schyłkową postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów:

- 1) wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
- 2) trwała żółtaczka;
- 3) żylaki przełyku;
- 4) encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych w skutek nadużywania alkoholu, leków itp. środków.

OPERACJA ZASTAWEK SERCA

§19

Za operację zastawek serca uważa się przeprowadzoną pierwszorazową operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonaną przy otwartym sercu lub bez otwierania serca. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte operacje naprawcze zastawek serca (a więc bez wymiany) oraz przezskórne zabiegi plastyki zastawek.

STWARDNIENIE ROZSIANE Z UTRWALONYMI UBYTKAMI NEUROLOGICZNYMI

§20

Za stwardnienie rozsiane z utrwalonymi ubytkami neurologicznymi uważa się chorobę ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołaną procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiającą się zespołem mnogich ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy, rozpoznaną na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonald, poprzedzoną epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.

CHOROBA PARKINSONA

§21

Za chorobę Parkinsona uważa się jednoznaczną diagnozę choroby Parkinsona postawioną przez specjalistę neurologa w oparciu o określone oznaki postępującego i nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego, charakteryzującą się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego, w sytuacji prowadzenia optymalnego leczenia.

Czynności dnia codziennego:

- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
- 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
- 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
- 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
- 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
- 6) przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczania się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

ANEMIA APLASTYCZNA

§22

Za anemię aplastyczną uważa się przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej dwóch z niżej wymienionych sposobów:

- 1) przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
- 2) podawanie preparatów stymulujących szpik;
- 3) podawanie preparatów immunosupresyjnych;
- 4) przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: wady wrodzone oraz przypadki anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii.

ZAPALENIE MÓZGU

§23

Za zapalenie mózgu uważa się zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, wywołane przez infekcję wirusową i powodujące powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej sześciu tygodni, charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznicza) lub umycie się w inny sposób;
- 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
- 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
- 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
- 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
- 6) przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Zapalenie mózgu wywołane infekcją HIV nie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.

SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA

§24

Za schyłkową niewydolność oddechową uważa się schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- 1) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach;
- 2) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię;
- 3) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) równe lub niższej niż 55 mmHg;
- 4) duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.

BAKTERYJNE ZAPALENIE OPON MÓZGOWO – RDZENIOWYCH

§25

Za bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych uważa się zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych o etiologii bakteryjnej, powodujące powstanie znacznego i trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa po upływie 30 dni od początku choroby, charakteryzującego się niezdolnością ubezpieczonego do wykonywania co najmniej trzech (3) z sześciu (6) opisanych poniżej podstawowych czynności życia codziennego:

- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznicza) lub umycie się w inny sposób;
- 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
- 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
- 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
- 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
- 6) przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego (bez pomocy innych osób) przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem płynu mózgowo – rdzeniowego.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§26

Za chorobę Creutzfeldta – Jakoba uważa się postępującą chorobę zakaźną (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych) prowadzącą do uszkodzenia centralnego układu nerwowego charakteryzującą się objawami psychicznymi (otępieniem) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV (w trakcie transfuzji krwi)

§27

Za zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi) uważa się zakażenie potwierdzone dokumentacją, dotyczące przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.

PRZEZSKÓRNA ANGIOPLASTYKA WIĘNCOWA

§28

Za przezskórną angioplastykę wieńcową uważa się przebycie przy użyciu cewnika z balonowego zabiegu przezskórnego poszerzenia zwężen lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych przeprowadzonego z powodu dolegliwości dławicowych. Roszczenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwóch lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną potwierdzającą rzeczywiste przebycie zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych w trakcie jednego zabiegu.

KARDIOMIOPATIA

§29

Za kardiomiopatię uważa się chorobę mięśnia sercowego, w której jest on morfologicznie i czynnościowo nieprawidłowy, bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Jednoznaczne rozpoznanie kardiomiopatii, które musi być potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane przez właściwe badania dodatkowe (np. echokardiograficzne). Kardiomiopatia musi prowadzić do zaburzeń funkcji komór serca skutkujących niewydolnością krążenia w przynajmniej III stopniu zaawansowania wg NYHA. Stan taki musi trwać przez co najmniej 3 miesiące co wymaga potwierdzenia stosowną dokumentacją medyczną.

ROPIEŃ MÓZGU LECZONY OPERACYJNIE

§30

Za ropień mózgu leczony operacyjnie uważa się wyłącznie taki ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.

SEPSA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

§31

Za sepsę o ciężkim przebiegu uważa się tylko taką sepsę, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną organizmu na zakażenie bakteriami, grzybami lub wirusami objawiającą się niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki sepsy wtórnej po zabiegach operacyjnych i/lub urazach. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

PIORUNUJĄCE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY (ostra niewydolność wątroby)

§32

Za piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby) uważa się gwałtownie rozwijającą się masywną martwicę komórek wątrobowych wywołaną zapaleniem wątroby prowadzącą bezpośrednio do niewydolności wątroby.

Rozpoznanie musi być ustalone w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- 1) szybkie zmniejszanie się wątroby spowodowane uszkodzeniem jej miąższu;
- 2) szybkie narastanie poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej;
- 3) nasilająca się żółtaczka;
- 4) encefalopatia wątrobowa.

NEUROBORELIOZA

§33

Za neuroboreliozę uważa się krętkowicę przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.

TĘŻEC

§34

Za tężec uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana neurotoksynami (tetanospazminy) wytwarzanymi przez laseczki tężca. Charakteryzuje się wzmożonym napięciem mięśni szkieletowych w następstwie działania tetanospazminy na układ nerwowy. Odpowiedzialnością są objęte tylko pełnobjawowe przypadki wymagające intensywnej terapii w warunkach szpitalnych. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie.

WŚCIEKLIZNA

§35

Za wściekliznę uważa się tylko taką ostrą chorobę zakaźną wymagającą leczenia w warunkach szpitalnych, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (Rabies virus).

GRUŻLICA

§36

Za gruźlicę uważa się tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) i przebiega z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczo – oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo – płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.

CHOROBA NEURONU RUCHOWEGO

§37

Za chorobę neuronu ruchowego uważa się wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych:

- 1) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA);
- 2) postępującego zaniku mięśni (PMA);
- 3) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS);
- 4) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).

INFEKCYJNE ZAPALENIE WSIEDZIA

§38

Za infekcyjne zapalenie wsierdzia uważa się tylko takie pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo – naczyniowym, które zostało rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających.

NADCIŚNIENIE PŁUCNE PIERWOTNE (IDIOPATYCZNE)

§39

Za nadciśnienie płucne pierwotne (idiopatyczne) uważa się chorobę będącą następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby niezbędne jest wystąpienie następujących parametrów podczas cewnikowania tętnicy płucnej:

- 1) wzrostu średniego ciśnienia $>25\text{mmHg}$ w spoczynku lub w wysiłku;
- 2) naczyniowy opór płucny $> 3 (\text{mmHg/L})/\text{min}$;
- 3) ciśnienie zaklinowania we włóśniczkach płucnych $< 15 \text{ mmHg}$; oraz
- 4) występowanie typowych dla pierwotnego nadciśnienia płucnego zmian w badaniu echokardiograficznym serca.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne).

POURAZOWE USZKODZENIE MÓZGU

§40

Za pourazowe uszkodzenie mózgu uważa się uszkodzenie tkanki mózgowej w wynik wypadku, potwierdzone badaniami neuroobrazowymi, skutkujące stwierdzonymi w badaniu klinicznym ograniczeniami samodzielnej egzystencji wyrażającymi się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego:

- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
- 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
- 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
- 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
- 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

§41

Za reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu uważa się uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej 3 z następujących grup stawów: stawy międzypaliczkowe rąk, stawy nadgarstkowe, stawy łokciowe, stawy kręgosłupa szyjnego, stawy kolanowe, stawy stóp. Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji wyrażającego się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego:

- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
- 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
- 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
- 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
- 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.

TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY

§42

Za toczeń rumieniowaty układowy uważa się chorobę autoimmunologiczną przebiegającą z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, przy współistnieniu zmian w układzie krążenia lub układzie nerwowym lub w nerkach.

Rozpoznanie tocznia powinno być postawione w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- 1) tocznia rumieniowatego układowego polekowego;
- 2) tocznia rumieniowatego krążkowego.

TWARDZINA UKŁADOWA (uogólniona sklerodermia)

§43

Za twardzinę układową (uogólniona sklerodermia) uważa się układową chorobę tkanki łącznej przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji musi przebiegać z zajęciem serca lub płuc lub nerek. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje twardziny miejscowej (twardziny liniowej lub plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi i zespołu CREST.

WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

§44

Za wrzodziejące zapalenie jelita o ciężkim przebiegu uważa się zapalenie jelita powodujące ostre, zagrażające życiu powikłania tej zapalnej choroby jelit, gdzie wszystkie poniższe kryteria muszą być spełnione:

- 1) cała okrężnica została dotknięta masywnym krwawieniem lub nastąpiła perforacja okrężnicy oraz
- 2) niezbędnym leczeniem ostrym była kolektomia całkowita lub proktokolektomia całkowita oraz
- 3) rozpoznanie musi opierać się na dowodach histopatologicznych typowych dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i musi być potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie gastroenterologii.

CUKRZYCA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

§45

Za cukrzycę typu I insulinozależną o ciężkim przebiegu uważa się chorobę autoimmunologiczną o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnej niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinsulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Z zakresu ochrony wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.

CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO – CROHNA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

§ 46

Za chorobę Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu uważa się ciężką postać choroby z pełnościennym, ziarniniakowym zapaleniem jelita, przebiegającą z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.