



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51

tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy KRS
KRS 271543, NIP 107-000-61-55

Kapitał zakładowy i wpłacony: 141 730 747 PLN

Załącznik nr 1

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu w placówkach oświatowych

Poważne zachorowanie - jeden z wymienionych w Tabeli poważnych zachorowań Ubezpieczonego stanów powodujący zaburzenia czynności organizmu lub życiowo ważnego narządu, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Poważne zachorowanie musi być potwierdzone wymaganą przez prawo dokumentacją medyczną sporządzoną przez lekarza, który posiada nieograniczone prawo wykonywania zawodu w Polsce i prowadzi leczenie i diagnostykę Ubezpieczonego w zakresie poważnego zachorowania.

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ UBEZPIECZONEGO

Lp.	Nazwa choroby	Opis
1.	Nowotwór złośliwy	Choroba, która objawia się obecnością złośliwego guza, który charakteryzuje się niekontrolowanym rozrostem i rozprzestrzenia złośliwe komórki nowotworowe, a także naciekaniem zdrowych tkanek. Do nowotworów zalicza się również białaczki i wszystkie złośliwe nowotwory układu limfatycznego: choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa). Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje: ▪ nowotworów łagodnych, w tym odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym, ▪ nowotworów nieinwazyjnych i przedinwazyjnych – carcinoma in situ (Tis) w jakimkolwiek stadium, w tym ▪ dysplazja szyjki macicy w jakimkolwiek stadium CIN, ▪ nowotworu gruczołu krokowego w stadium 1 (T1a, 1b, 1c) ▪ odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym, ▪ wszystkich nowotworów skóry i błony śluzowej, ▪ złośliwego czerniaka w stadium 1A (T1a N0 M0), ▪ jakichkolwiek nowotworów przy współistniejącym zakażeniu HIV. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia postawienia diagnozy przez specjalistyczną klinikę lub lekarza specjalistę w zakresie onkologii, na podstawie badania histopatologicznego i przyporządkowania zachorowania do międzynarodowej klasyfikacji nowotworów (TNM).
2.	Niewydolność nerek	Nieodwracalne i równoczesne ustanie funkcji obydwu nerek (niewydolność nerek), charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min i wymagające stałej dializy lub przeszczepu nerki. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia rozpoczęcia regularnej dializoterapii lub od dnia dokonania przeszczepu nerki. Dializoterapia lub dokonanie przeszczepu nerki musi być potwierdzone stosowną dokumentacją medyczną.
3.	Całkowita utrata wzroku	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, która powstała w następstwie niespodziewanej choroby lub wypadku. Całkowita utrata wzroku powinna być potwierdzona wynikami odpowiednich badań oftalmologicznych i trwać nieprzerwanie przynajmniej 6 tygodni.
4.	Śpiączka	Stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne potrzeby, który oceniany według skali śpiączki Glasgow daje wynik 8 albo mniejszy przez co najmniej 96 godzin, wymaga użycia systemów podtrzymujących życie i skutkuje utrzymującymi się ubytkami (deficytami) neurologicznymi, które muszą być ocenione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii po upływie co najmniej 30 dni od chwili rozpoczęcia śpiączki. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie dotyczy śpiączki wywołanej w celach leczniczych oraz spowodowanej samouszkodzeniem, zatruciem etanolem lub użyciem narkotyków.
5.	Utrata mowy	Całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy w następstwie choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona konsultacją specjalisty laryngologa lub foniatry, która potwierdzi uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka.
6.	Utrata słuchu	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być koniecznie poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie progu słyszenia. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki utraty słuchu, które mogą być skorygowane przez stosowanie procedur terapeutycznych.
7.	Utrata kończyn	Całkowita fizyczna utrata co najmniej dwóch kończyn wskutek choroby. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata każdej z kończyn na wysokości nadgarstków/stawów skokowych albo powyżej. Konieczność amputacji musi być poparta opinią lekarza specjalisty w zakresie chirurgii lub ortopedii. Ubezpieczeniem nie jest objęta utrata kończyny na skutek samookaleczenia.
8.	Przeszczep narządów	Konieczne z medycznego punktu widzenia przeszczepienie (lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep) jednego z następujących narządów: serca, płuc, wątroby, trzustki, jednej nerki lub szpiku kostnego (w tym z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji/zniszczeniu własnego szpiku kostnego) do organizmu Ubezpieczonego. Przeszczepem serca jest również wszczepienie sztucznego serca. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia dokonania przeszczepu narządu.

Lp.	Nazwa choroby	Opis
9.	Operacja zastawek serca	Jest to chirurgiczna wymiana jednej lub większej ilości zastawek serca na zastawki sztuczne. Pojęcie to obejmuje wymianę zastawki aorty, dwudzielnej (m.in. mitralnej), pnia płucnego lub trójdzielnej na zastawkę sztuczną z powodu ich zwężenia lub niedomykalności. Ubezpieczenie nie obejmuje żadnych operacji naprawczych przeprowadzonych u Ubezpieczonego na jego własnych zastawkach serca, a szczególności plastyki zastawek i ich przecięcia. Wymiana zastawki powinna być udokumentowana stosowną dokumentacją medyczną z leczenia kardiochirurgicznego. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia operacji.
10.	COVID-19	Ostra choroba zakaźna układu oddechowego wywołana wirusem SARS-CoV-2, skutkująca wystąpieniem przynajmniej jednego z poniższych powikłań: ▪ ostra niewydolność oddechowa wymagająca tlenoterapii, ▪ posocznica. Wyłączeniu naszej odpowiedzialności podlegają przypadki niewymagające hospitalizacji na oddziale intensywnej opieki medycznej.
11.	Cukrzyca	Choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny.
12.	Łagodny guz mózgu	Nieżłośliwy rozrost tkanki ograniczony do opon mózgowych, mózgu lub nerwów czaszkowych i znajdujący się wewnątrz mózgowczaszki. Guz ten powinien być leczony poprzez: ▪ usunięcie chirurgiczne, ▪ stereotaktyczną radiochirurgię, ▪ radioterapię. Jeśli żadna z wyżej wskazanych opcji leczenia nie jest możliwa ze względów medycznych, guz musi powodować trwałe deficyty neurologiczne, których występowanie udokumentowano przez co najmniej 3 miesiące od dnia rozpoznania. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę z zakresu neurologii lub neurochirurgii w oparciu o wyniki badań obrazowych i – w miarę możliwości – o wynik badania histopatologicznego. Ubezpieczeniem nie jest objęte diagnozowanie i leczenie guzów o typie hamartoma, ziarniniaków, torbieli, ani guzów przysadki czy malformacji naczyniowych mózgu.
13.	Niewydolność wątroby	Krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby, liczony od dnia jej zdiagnozowania.
14.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Pierwotne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego w aktualnej klasyfikacji ICD (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych).

