

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO  
WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU  
OWU\_OG\_TUZU\_11\_2024**

| Rodzaj informacji  | Jednostka redakcyjna                        |
|--|---|
| Przesłanki wypłaty świadczenia   | § 2<br>§ 3<br>§ 5 ust. 1                    |
| Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | § 2<br>§ 3 ust. 2 – 12<br>§ 4<br>§ 5 ust. 1 |

**Postanowienia ogólne**

**§ 1**

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, zwane dalej OWU TUZU, mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia Dodatkowego zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie, zwanych dalej OWU Umowy Głównej.

**Definicje**

**§ 2**

- Pojęcia stosowane w niniejszych OWU TUZU mają takie samo znaczenie jak w OWU Umowy Głównej.
- Dodatkowo w ramach OWU TUZU przez użyte w nich określenie rozumie się:

**trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu albo upośledzeniu jego funkcji.

**Przedmiot i zakres ubezpieczenia**

**§ 3**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu w okresie ubezpieczenia.
- W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek

zawału serca lub udaru mózgu aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu, pod warunkiem że pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zalicza się upośledzenia funkcji organów, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wystąpieniu zawału serca lub udaru mózgu a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu.
9. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia stanu zdrowia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
10. Jeżeli Ubezpieczony, który doznał zawału serca lub udaru mózgu, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
12. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
  - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU TUZU, lub
  - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
  - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.

#### **Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa**

##### **§ 4**

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru.

#### **Postanowienia końcowe**

##### **§ 5**

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU TUZU mają zastosowanie postanowienia OWU Umowy Głównej.
2. Niniejsze OWU TUZU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 55/2024 Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 7 listopada 2024 r. i wchodzi w życie z dniem 18 listopada 2024 r.

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU TUZU**
**Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu**

| Ocena uszczerbku po udarze mózgu   | Ocena uszczerbku |
|--|------------------|
| <b>1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (wg skali Ashwortha):</b>   |                  |
| a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)  | 100%             |
| b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2-3° wg skali Lovetta lub 4-3° wg skali Ashwortha)  | 60-80%           |
| c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3-4° wg skali Lovetta lub 3-2° wg skali Ashwortha)   | 40-60%           |
| d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1-1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów  | 5-35%            |
| e) porażenie kończyny górnej (0-1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° wg skali Lovetta lub 3-2° wg skali Ashwortha):  |                  |
| - prawej   | 70-90%           |
| - lewej  | 60-80%           |
| f) niedowład kończyny górnej (3-4° wg skali Lovetta lub 3-2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):   |                  |
| - prawej   | 70-90%           |
| - lewej  | 60-80%           |
| g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):   |                  |
| - prawej   | 50-60%           |
| - lewej  | 40-50%           |
| h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2-2/3° wg skali Lovetta lub 4-3° wg skali Ashwortha):   |                  |
| - prawej   | 30-50%           |
| - lewej  | 20-40%           |
| i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° wg skali Lovetta lub 3-2° wg skali Ashwortha):   |                  |
| - prawej   | 10-30%           |
| - lewej  | 5-20%            |
| j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)  | 40-50%           |
| k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° wg skali Lovetta lub 4-3° wg skali Ashwortha)  | 25-40%           |
| l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4° wg skali Lovetta lub 3-2° wg skali Ashwortha)  | 15-25%           |
| m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5° wg skali Lovetta lub 2/1-1° wg skali Ashwortha)  | 5-15%            |
| <b>Uwaga:</b> W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg punktu 7, uwzględniając że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 1j do 1m, oddzielnie dla każdej kończyny.   |                  |
| <b>Skala Lovetta</b><br>0° brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej<br>1° ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowości siły mięśniowej<br>2° wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonywania ruchu za pomocą odcinka ruchomego i przy jego obciążeniu – 20% prawidłowej siły mięśniowej<br>3° zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej<br>4° zdolność do wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej<br>5° sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania |                  |

|  |         |
|--|---------|
| <b>Skala Ashwortha</b><br>1° brak wzmożonego napięcia mięśniowego<br>2° nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny<br>3° bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu<br>4° wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny, trudny do wykonania<br>5° sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania                                       |         |
| <b>2. Zespoły pozapiramidowe:</b>  |         |
| a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich  | 100%    |
| b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich   | 41-80%  |
| c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę   | 21-40%  |
| d) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju  | 11-20%  |
| e) znaczny zespół pozapiramidowy   | 5-10%   |
| <b>3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:</b>  |         |
| a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie   | 100%    |
| b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową  | 41-80%  |
| c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową  | 11-40%  |
| d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów   | 1-10%   |
| <b>4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:</b>  |         |
| a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej  | 30-40%  |
| b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc  | 20-30%  |
| c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc  | 10-20%  |
| d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności  | 1-10%   |
| <b>Uwaga:</b> Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna, względnie szpitalna, potwierdzająca rozpoznanie ustalone przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu), ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 5. |         |
| <b>5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:</b>  |         |
| a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne znacznie utrudniające lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję  | 80-100% |
| b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym   | 50-80%  |
| c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu   | 25-50%  |
| d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym   | 10-25%  |
| <b>Uwaga:</b> Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, tzw. triady psychoorganicznej) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).  |         |
| <b>6. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:</b>  |         |
| a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od razu mimo leczenia)  | 1-5%    |
| b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego   | 6-20%   |
| <b>7. Zaburzenia mowy:</b>   |         |
| a) afazja całkowita (sensoryczna-motoryczna) z agرافیą i aleksją   | 100%    |
| b) afazja całkowita motoryczna   | 60%     |
| c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się   | 40-59%  |
| d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się  | 20-39%  |
| e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfagia  | 10-19%  |
| <b>8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy):</b>   |         |
| a) znacznie upośledzające czynność ustroju   | 31-50%  |

|   |        |
|---|--------|
| b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju   | 20-30% |
| 9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okołoruchowy, błoczkowy, odwodzący):   |        |
| a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji   | 20-35% |
| b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki  | 11-20% |
| c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki  | 5-10%  |
| d) z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka  | 1-10%  |
| 10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:  |        |
| a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)   | 1-10%  |
| b) ruchowe  | 1-10%  |
| c) czuciowo-ruchowe   | 3-20%  |
| 11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:   |        |
| a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki   | 20%    |
| b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości  | 3-19%  |
| c) izolowane uszkodzenie centralne  | 2-10%  |
| <b>Uwaga:</b> Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, należy oceniać wg. poz. 1 lub 5.  |        |
| 12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów: językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:  |        |
| a) niewielkiego stopnia   | 5-10%  |
| b) średniego stopnia  | 10-25% |
| c) dużego stopnia   | 25-50% |
| 13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego:  |        |
| W zależności od stopnia uszkodzenia   | 3-15%  |
| 14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego:  |        |
| W zależności od stopnia uszkodzenia   | 5-20%  |
| <b>Uwaga:</b> Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 5.   |        |
| <b>Ocena uszczerbku po zawale mięśnia sercowego</b>   |        |
| <b>Uwaga:</b> Stopień wydolności układu krążenia musi zostać oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości  |        |
| a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości   | 5%     |
| b) I klasa NYHA, EF 50-55% powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości   | 6-15%  |
| c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości  | 16-25% |
| d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości   | 26-55% |
| e) IV klasa NYHA, EF<35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości  | 56-90% |
| <p>Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżniająca następujące stany czynnościowe serca:</p> <p>Klasa I – choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.</p> <p>Klasa II – choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</p> <p>Klasa III – choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</p> <p>Klasa IV – choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.</p> <p>DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY</p> <p>Fracja wyrzutowa lewej komory to objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.</p> <p>DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET (stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej)</p> <p>Równoważnik metaboliczny MET jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu (ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę). MET-y uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.</p> |        |