

A. Klauzula ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW

§ 1

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i WARUNKÓW UBEZPIECZENIA Biznes&Podróż ustala się, że zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW

§ 2

Limity odpowiedzialności oraz składkę przedstawia poniższa tabela.

Zakres	Suma Ubezpieczenia
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	200,00 PLN
Koszt leczenia antyretrowirusowego	1 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	2 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	2 000,00 PLN

§ 3

1. Zakażenie wirusem HIV oznacza zakażenie Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), Zespołem Zaburzeń Związanych z AIDS (ARC), Ludzkim Wirusem Niedoboru Odporności (HIV) - niezależnie od tego jak zostaną nazwane.
2. W granicach limitu wynoszącego 1 000 PLN na cały Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty terapii antyretrowirusowej, której Ubezpieczony obowiązany jest poddać się w następstwie niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi.
3. Jeżeli, mimo przejścia przez Ubezpieczonego kuracji antyretrowirusowej, testy na obecność wirusa HIV przeprowadzone po upływie sześciu miesięcy od niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi wykażą, że Ubezpieczony został zakażony wirusem HIV, to Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości 2 000,00 PLN.
4. W granicach limitu wynoszącego 200,00 PLN na cały Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusa HIV po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

§ 4

1. Zakażenie wirusem WZW oznacza zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu B (WZW B) lub zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C (WZW C).
2. Jeżeli którykolwiek z testów na obecność wirusa przeprowadzonych po upływie trzech oraz sześciu miesięcy od daty Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi wykaże, że Ubezpieczony został zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to rozpoczyna bieg okres wyczekiwania wynoszący dwanaście miesięcy od daty przeprowadzenia testu dającego pozytywny wynik badania na obecność wirusa WZW B lub WZW C.
3. Jeżeli po upływie okresu wyczekiwania, o którym mowa powyżej, testy na obecność wirusa potwierdzą, że Ubezpieczony pozostaje zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości 2 000,00 PLN. Świadczenie to może być wypłacone tylko jeden raz w Okresie ubezpieczenia, niezależnie od liczby i rodzaju wirusów WZW, które pojawiają się po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.
4. W granicach limitu wynoszącego 200,00 PLN na cały Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusa WZW B i WZW C po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

§ 5

Warunkiem uzyskania świadczeń z Umowy ubezpieczenia jest niezwłoczne, nie później niż w ciągu trzech dni, wszczęcie po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi Procedury poekspozycyjnej oraz przestrzeganie przez Ubezpieczonego jej postanowień.

§ 6

Jednorazowe świadczenia z tytułu zakażenia wirusem HIV lub zakażenia WZW (B i C) wypłacane będą po dokonaniu przez Ubezpieczyciela oceny zasadności roszczeń na podstawie analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz po ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi, a zakażeniem.

§ 7

Zwrot kosztów, jakie Ubezpieczony poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW (B i C) albo na zakup leku antyretrowirusowego, następuje na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności.

§ 8

Przez Procedurę poekspozycyjną rozumie się zbiór zasad postępowania na wypadek wystąpienia bezpośredniego zagrożenia zakażeniem objętym Umową ubezpieczenia oraz prowadzenia związanej z nim dokumentacji.

§ 9

Przez niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi rozumie się niezamierzony przez Ubezpieczonego kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi innymi niż jego własne poprzez przerwanie ciągłości powłok ciała (np. poprzez zakłucie, przecięcie lub ugryzienie), przeniknięcie przez błonę śluzową lub poprzez bezpośredni kontakt z krwią (zwłaszcza, jeżeli skóra była spierzchnięta, popękana, otarta lub objęta zapaleniem skóry).

§ 10

1. Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów umowy oraz Warunków Ubezpieczenia Biznes&Podróż z dnia 24.09.2018r. świadczenia z Umowy ubezpieczenia będą należne, o ile:

- 1) Niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności służbowych w miejscu swojej pracy lub w związku z ratowaniem ludzkiego życia,
- 2) testy wykonane niezwłocznie po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi wykażą, że bezpośrednio przed Niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi Ubezpieczony był wolny od zakażenia danym wirusem.

2. W przypadku gdy podczas badania okresowego okaże się, że ubezpieczony został zakażony, a nie miał wiedzy kiedy do zakażenia mogło dojść, a poprzednie badania wskazywały brak zakażenia – ochrona ubezpieczeniowa istnieje bez względu na moment powstania zakażenia.

§ 11

Dodatkowo roszczenia nie zostaną zaspokojone, jeżeli do ich powstania przyczyniły się:

- 1) przyjmowanie leków stosowanych w leczeniu uzależnień,
- 2) samobójstwo, jego usiłowanie, albo celowe samookaleczenie Ubezpieczonego,
- 3) pozostawanie przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych o podobnym działaniu chyba, że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami uprawnionego lekarza, niebędącego członkiem rodziny Ubezpieczonego,
- 4) dożylnie lub podskórnie przyjmowanie przez Ubezpieczonego leków innych niż leki przepisane w toku terapii zaleconej przez dyplomowanego lekarza.

§ 12

W razie Niezamierzonego kontaktem z płynami ustrojowymi Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela oraz:

- 1) zastosować się do Procedury poekspozycyjnej obowiązującej w miejscu pracy lub
- 2) zgłosić się bezpośrednio do ośrodka referencyjnego leczenia antyretrowirusowego lub
- 3) zgłosić się bezpośrednio do najbliższego szpitala zakaźnego lub szpitala prowadzącego oddział zakaźny.

§ 13

Wydatki poniesione przez Ubezpieczonego nie podlegają zwrotowi, jeżeli:

- 1) pracodawca Ubezpieczonego jest obowiązany na podstawie umowy zawartej z Ubezpieczonym lub powszechnie obowiązujących przepisów do pokrycia lub zwrotu Ubezpieczonemu takich wydatków,
- 2) Ubezpieczony z jakiegokolwiek przyczyny nie skorzysta z przysługujących mu świadczeń nieodpłatnych, w szczególności świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

§ 14

Ponadto nie podlegają zwrotowi wydatki poniesione przez Ubezpieczonego:

- 1) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia lub z tym związane,
- 2) przekraczające sumę ubezpieczenia lub limity określone w Umowie ubezpieczenia,
- 3) w związku z transportem do lub ze szpitala lub innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- 4) w związku z odwołaniem przez Ubezpieczonego umówionej wizyty,
- 5) na środki lecznicze lub procedury medyczne, które nie odpowiadają oficjalnym standardom, albo są eksperymentalne lub nieudowodnione naukowo.

B. Klauzula wystąpienia poważnego zachorowania – limit 2 000,00 PLN na osobę

Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia postanawia się, że Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 2 000,00 PLN z tytułu zdiagnozowania po raz pierwszy w okresie obowiązywania ubezpieczenia chorób: nowotworowej, paraliżu, niewydolności nerek, transplantacji głównych organów, utraty wzroku, mowy, słuchu oraz zapalenia opon mózgowych w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

Z tytułu niniejszej klauzuli Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie w okresie ubezpieczenia.

ERGO Hestia nie wypłaci świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego Ubezpieczonego, jeżeli przed okresem odpowiedzialności ERGO Hestia u Ubezpieczonego:

- 1) została zdiagnozowana lub była leczona choroba będąca poważnym zachorowaniem z zakresu ubezpieczenia;
- 2) został zdiagnozowany stan chorobowy będący podstawą zalecenia przeszczepu z zakresu ubezpieczenia wskazanego poniżej

Za poważne zachorowanie uważa się:

- 1) taki nowotwór złośliwy, który objawia się obecnością złośliwego guza charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek oraz naciekaniem tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również

białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworu złośliwego musi zostać zweryfikowana badaniem histologicznym i potwierdzona przez lekarza specjalistę; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- a) dysplazja szyjki macicy (CIN-1, CIN-2, CIN-3),
- b) każdy nowotwór łagodny z dużym ryzykiem zezłośliwienia (stan przedrakowy),
- c) każda wczesna postać nowotworu złośliwego, w tym zmiana typu carcinoma in situ
- d) każdy nowotwór skóry poza czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm (co najmniej III stopień wg skali Breslowa),
- e) rak prostaty histologicznie opisywany jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b lub T1c),
- f) nowotwór złośliwy będący objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histologicznego;

2) taką niewydolność nerek, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki; rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę;

3) taki przeszczep narządu, który oznacza leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki, jelita cienkiego lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu

w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej w Polsce instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;

4) taką utratę wzroku, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego;

5) taki paraliż, który oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;

6) taką utratę mowy, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w wyniku choroby lub urazu; utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy;

7) taką utratę słuchu, która oznacza obustronną i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu;

8) takie bakteryjne zapalenie opon mózgowych - które oznacza wyłącznie ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez bakterie, która rozpoznana została na podstawie badania płynu mózgowo - rdzeniowego oraz dodatniego posiewu tego płynu i która wymagała leczenia w warunkach szpitalnych.